

MAR 3 1947

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefons, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Numero avulso Cr \$ 5,00

VOL. LII

Dezembro de 1946

N. 6

Sumário:

| | Págs. |
|--|-------|
| O succinilsulfatiazol no preparo da cirurgia intestinal — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO..... | 383 |
| Flamínio Fávero, nosso mestre — Dr. ANTÔNIO MIGUEL LEÃO BRUNO..... | 393 |
| Produção Médica de São Paulo: | |
| Associação Paulista de Medicina: | |
| Higiene e Medicina Tropical..... | 399 |
| Neuro-psiquiatria..... | 405 |
| Cirurgia..... | 408 |
| Pediatria..... | 409 |
| Oto-rino-laringologia e cirurgia plástica..... | 413 |
| Medicina..... | 420 |
| Radiologia e Eletricidade Médica..... | 421 |
| Fisiologia..... | 422 |
| Obstetrícia e Ginecologia..... | 423 |
| Sociedade de Medicina e Cirurgia..... | 428 |
| Sociedade Médica São Lucas..... | 428 |
| Colégio Brasileiro de Cirurgiões — capítulo de São Paulo..... | 430 |
| Outras Sociedades..... | 431 |
| Imprensa Médica de São Paulo: | |
| Sumário dos últimos números..... | 434 |
| Vida Médica de São Paulo: | |
| Universidade de São Paulo..... | 435 |
| Sociedade de Medicina Legal e Criminologia..... | 440 |
| Associação Paulista de Medicina..... | 441 |
| Faculdade de Higiene e Saúde Pública..... | 442 |
| Congressos Médicos: | |
| III Congresso do Estudante de Medicina..... | 443 |
| Atividades Científicas: | |
| Centro Médico "Dr. Eurico Branco Ribeiro"..... | 444 |
| Literatura Médica: | |
| Livros recebidos..... | 444 |
| Índice do Vol. LII..... | 447 |

Triod Zambelletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfeita tolerancia local e geral.

INDICAÇÃO: Artritisismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções paralueticas - Intoxicações exogenas e endogenas tambem dos centros nervosos - Arterioesclerose - Polissarcia - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2089
SÃO PAULO**

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

GENCITROPINA LABOTHERPE

Formula:

| CADA DRAGEA CONTEM: | ADULTOS | INFANTIL |
|-------------------------------|-------------------|-----------|
| Violeta de genciana . . . | 0,06 g | 0,02 g |
| Arrenal | 0,05 g | 0,01 g |
| Sulfato de atropina . . . | 0,00024 g | 0,00008 g |
| Excipiente q.s. para 1 dragea | gastro-refrataria | |

INDICAÇÕES: Giardias intestinalis, Infestação por Enterobius vermiculares, Estrongiloides, Estercolaris e por Heminolepis.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE TERAPEUTICA LTDA.
CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 6-2955 - S. PAULO**

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Numero avulso Cr \$ 5 00

Vol. LII

Dezembro de 1946

N. 6

O succinilsulfatiazol no preparo da cirurgia intestinal *

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Diretor do Sanatório São Lucas

Ainda não se deu, na literatura médica nacional, a devida importância ao notável progresso que adveio para cirurgia dos colos da introdução de certos antibióticos no préoperatório dos doentes. Realmente, quer através das sociedades sábias, quer através da imprensa especializada, não agitaram ainda os médicos brasileiros, com a merecida intensidade, a questão dos benefícios decorrentes do emprego de certos derivados sulfaminados com o intuito de diminuir e mesmo anular a virulência da flora microbiana dos intestinos, tornando menos perigosas as intervenções realizadas nesse sector do organismo. Referimo-nos à sulfassuxidina e à sulfatidina.

O uso dessas drogas faz lembrar o velho sonho de se obter a assepsia ou a antisepsia intestinal absoluta, de maneira a poder o cirurgião trabalhar sem os receios de uma contaminação endogênica. Já em 1886, conhecida a riqueza da flora fecal, Escherich havia ensaiado, sem resultados, obter a sua anulação por ingestão de alimentos e de água estéreis, conhecedor, que era, da observação de Billroth segundo a qual não havia germes no mecônio do recém-nascido. No ano seguinte, Bouchard experimentava conseguir a antisepsia do meio intestinal por meio do carvão vegetal com iodofórmio e naftalina. Falharam tam-

* Trabalho apresentado na I Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Proctologia, a 25 de novembro de 1946, no Rio de Janeiro.

bem as tentativas feitas com a aspirina, o salol e várias outras substâncias. Em 1909, Herter e Kendall observaram a diminuição da flórá intestinal com a observância de uma dieta rica em carboidratos. Pouco mais tarde, em 1915, o bacilo acidófilo entrou na terapêutica, desde que Torrey verificou as propriedades benéficas da lactose, que tornava a flórá intestinal menos complexa e composta principalmente de *Lactobacillus acidophilus* e em 1923 Bass comprovou a ação da lactose nesse sentido. Já em 1897 e em 1902 Jager e Teixeira de Matos haviam aconselhado o uso do leiteiro como meio de combater as infecções gastrointestinais da criança. Voltou-se a atenção, ultimamente, para a quimioterapia, quando Robin sintetizou a sulfaguanidina, de ação antibiótica eletiva contra elementos da flórá intestinal, tendo Marshall iniciado a sua aplicação clínica com sucessos alentadores, mas logo se registou a toxidez mais ou menos elevada desse produto. E as pesquisas foram orientadas no sentido de se obter um derivado sulfanilâmido menos prejudicial ao organismo humano. E logo Moore e Miller, que trabalhavam com produtos de condensação do sulfatiazol com anidridos succínicos e ftálicos, conseguiram produzir dois compostos que, uma vez ingeridos, apresentam a propriedade de ser eliminados quasi totalmente pelas fezes, quasi não sendo, portanto, absorvidos pelo organismo e não produzindo neste os conhecidos malefícios dos demais sulfaderivados. Acresce assinalar que haviam verificado também que ambos esses compostos exercem notável ação contra a flórá microbiana do intestino, ação essa cujo mecanismo ainda não está muito bem explicado, acreditando os mais simplistas que decorre da alta concentração de sulfatiazol mantida localmente no intestino graças à hidrólise dos referidos compostos, quando administrados em doses suficientemente elevadas.

O mais conhecido e empregado entre nós é o "succinylsulfathiazole", que chamamos de sulfassuxidina e que no comércio aparece com o nome de Sulfasuxidine; registado pela firma norte-americana Sharp & Dohme. Foi introduzido no arsenal terapêutico em 1941 por Poth e Knotts.

O outro produto é o "phthalylsulfathiazole", que chamamos de sulfatolidina e que a mesma firma apresenta sob o nome de Sulfathalidine, tendo sido introduzido na clínica por Poth e Ross em 1943.

São dignos de menção os trabalhos feitos por Poth e seus colaboradores a respeito da ação desses dois compostos.

Verificaram eles que de um a sete dias após a administração oral dessas drogas as fezes se tornam semifluidas, menos grossas, um tanto gelatinosas e relativamente inodoras, ao mesmo tempo que o teor em *Escherichia coli* cai de 10.000.000 a menos de 1.000 organismos por grama de fezes. Em segmentos, 8)

de intestino isolados em cães de experiência, verificaram que os germes do grupo coli diminuem consideravelmente e chegam a desaparecer completamente, sob a ação local da sulfassuxidina ali introduzida. Passando à observação em mais de 200 doentes de lesões intestinais, verificaram que apenas 5 % da quantidade ingerida era eliminada pela urina, permanecendo a concentração sanguínea entre 0,5 e 1,5 mgr. por 100cc, enquanto que com as demais sulfas esse nível vai de 1 a 2,5 mgr por 100cc. Kirby e Rantz também verificaram que o teor sanguíneo em sulfatiazol livre era bastante baixo, variando de 0,6 a 1,0 mgr. por 100 cc, o que indica que a droga é muito pouco absorvida quando usada através do tubo gastro-intestinal. Em virtude dessa absorção relativamente pequena, são raros os casos de intoxicação e a intolerância, quando presente, é branda e apenas se manifesta por sinais ligeiros, como um estado vertiginoso fugaz, cefaléia discreta e perda de apetite. Numa série de 250 pessoas, Poth só em 7 observou reação ao uso da droga, em uma única vez registrando hiperperexia, vômitos, eritema e dores articulares no fim de 8 dias de medicação.

São interessantes as experiências em animais no que respeita à reparação do intestino operado. Em cães tomados como controle e nos quais tinham feito sutura intestinal, o exame microscópico mostrou uma reação inflamatória aguda, com ligeira ou nenhuma tendência à formação de tecido de granulação, apresentando-se a serosa revestida de um exsudato com fibrina e leucócitos polimorfonucleares e havendo marcada hiperemia de todos os vasos num ambiente de edema extenso.

Nas mesmas condições, nos cães que haviam recebido previamente seja a sulfassuxidina, seja a sulfatalidina, o exame histopatológico demonstrou uma reação inflamatória subaguda, com ativa proliferação de fibroblastos e capilares neoformados, apresentando-se a superfície revestida de uma camada de fibrina contendo polimorfonucleares em vários estágios de desintegração, com ligeiro edema. Assim, em condições idênticas, os animais controlados mostraram considerável edema, necrose e reação inflamatória aguda, com pequena ou nenhuma evidência de cicatrização, tendo alguns deles sucumbido nas 48 horas por perfuração ao nível das suturas, enquanto que nos tecidos correspondentes dos animais previamente tratados havia inflamação subaguda com avançado processo de reparação.

John Jauny e Warren Cole também experimentaram o uso da sulfassuxidina e da sulfatalidina na cavidade peritoneal, verificando a sua inocuidade em cães na dose de 1,0 gr por kilo de peso, e a sua rápida absorção, tão rápida que atinge o acme de concentração sanguínea no fim de 4 a 5 horas, caindo celeremente nas duas horas seguintes. Diante dessas experiências, esses autores usaram intraperitonealmente a sulfatalidina em 28 doentes e

a sulfassuxidina em 23 outros, na dose de 6,0 gr. isto é: aproximadamente na dose de 0,1gr por kilo de peso. A droga foi usada em pó depois de esterilizada a seco por 4 horas a 140° centígrados ou em suspensão em 20 a 30 cc de uma solução fisiológica de cloreto de sódio. Não se observou o menor sinal de toxidez. O uso peritoneal, a título profilático da peritonite, também foi usado por Streicher.

Pensando na aplicação ao homem, Poth e seus colaboradores estabeleceram um teste indicativo de que o doente já se acha suficientemente preparado. Fazendo sementeiras de fezes em indivíduos submetidos à ação medicamentosa, verificaram que quando não se desenvolvem mais que 10 colônias, a *Escherichia coli* contida no meio intestinal não passa de 1000 organismos por grama de fezes húmidas. Atingido esse limite, está o doente em condições de ser intervido. Na prática, porém, esse teste é dispensável, bastando que se faça a administração diária de 0,25 gr. por quilo de peso, em seis ingestões de igual quantidade cada 4 horas, depois da ingestão de uma dose inicial dupla no primeiro dia, conforme aconselha Poth. Para um indivíduo de estatura média, costumamos dar uma dose inicial de 10 a 15 comprimidos (5 a 7 gr.) dissolvidos em água, seguindo-se a administração de 3 comprimidos (1,5 gr.) cada 3 horas, isto é: num total de 15,5 a 18 gr. no primeiro dia, prosseguindo a administração por mais um a três dias, para então levar o doente à mesa operatória. Na Clínica Mayo costuma-se administrar um total diário de 15,4 a 19,2 gr. de sulfassuxidina em três a sete dias de tratamento preoperatório. Dixon e Lichtman dizem que ali se administra a sulfassuxidina a todos os doentes que vão ser operados de intestinos, pelo menos três dias antes da operação, 4 gramas cada 4 horas no primeiro dia e 2 gramas cada 4 horas nos dias seguintes, adicionando vitamina K para corrigir o aumento que se opera no tempo de protrombina. Temos suspenso a medicação no posoperatório, sem o menor inconveniente, embora Poth fale em reiniciar-se a ingestão da sulfassuxidina logo que o enfermo possa tolerar a ingestão de 30 cc de água morna, prolongando a administração por doze dias nos casos em que se fizer a sutura primária do intestino. E mesmo com tão longa assistência, afirma ele que se obtém uma diminuição no tempo de hospitalização; entre nós, principalmente na clínica privada, é muito raro que permaneçam hospitalizados dez ou doze dias os doentes operados nessas condições ideais de intervenção em um tempo sem drenagem, como temos feito ultimamente. E isso porque, confirmando a observação dos autores norte-americanos, o posoperatório decorre muito simples, sem as complicações devidas às infecções por contaminação fecal, mesmo sem que se tenha recorrido à medicação no período posoperatório. Assim, parece ser desnecessária a administração posoperatória da sulfassuxidina, e isso pare-

10)

ceu razoável ao próprio Poth, que pensou em fazer um estudo comparativo afim de verificar si era influenciada a distensão gazosa pelo uso e pela abstenção da droga.

E' interessante recordar o testemunho de Barga, da Clínica Mayo, entusiasta defensor da vacinação peritoneal preoperatória ainda hoje ali largamente usada. Diz ele, ao apreciar os resultados colhidos no ano de 1943 em doentes do intestino, ano em que se acentuou a tendência para a diminuição da porcentagem da mortalidade operatória: "O Succinylsulfathiazole (sulfassuxidina) provou ser a droga de escolha no preparo preoperatório, com o phthalylsulfathiazole (sulfatalidina) servindo como medicação substituta quando se manifesta a intoxicação pelo succinylsulfathiazole".

Esse conceito de servir a sulfatalidina como um recurso secundário na eventualidade de não se poder usar a sulfassuxidina deve ter-se modificado diante de verificações posteriores, que colocam aquele sulfaderivado em primeira plana com relação a este. De fato, estudando 18 compostos, Poth e Ross verificaram que o ftalilsulfatiazol, o quinonilsulfatiazol e o maleilsulfatiazol possuem excelente atividade bacteriostática, sendo o primeiro o mais poderoso de todos como agente antibacteriano local. Anteriormente havia concluído Streicher que a sulfassuxidina era a mais eficaz das sulfas que havia empregado na colite ulcerativa e num caso de perfuração tífica recordado por Poth e em que se administrara essa droga, foi negativa para a *Escherichia coli* a cultura feita com sementeira do líquido encontrado na cavidade peritonial.

Si a eficácia da sulfassuxidina está assim atestada, deve-se registrar, entretanto, a superioridade da sulfatalidina, que já foi administrada ininterruptamente durante seis meses, sem despertar qualquer reação tóxica, e que mostrou um poder bacteriostático duas a quatro vezes ainda maior que o daquele composto. Verificou-se que a sulfatalidina não produzia sintomas tóxicos em doses muito superiores às doses terapêuticas e isso porque só eram absorvidas pelo organismo quantidades mínimas da droga. Confirmando a maior ação bacteriostática da sulfatalidina, Kirchhof e colaboradores verificaram que essa droga produz pouca ou nenhuma alteração na consistência e na cor das fezes e que as maiores reduções no número de colônias coincidiam com a administração de regimes dietéticos pobres em resíduos. Também parece assentado que a sulfatalidina tem eficácia em doentes com diarreia, circunstância incompatível com o uso da sulfassuxidina, por inoperante. Em 20 casos em que Barga teve de suspender o emprego deste composto, a sulfatalidina foi usada sem provocar o reaparecimento dos sintomas tóxicos. Entretanto, Woodruff e Bradshaw observaram, aliás em um só caso, cefaléia, anorexia e malestar atribuíveis ao emprego da sulfatalidina, visto

que nesse caso o teor sanguíneo subiu a 3 mgr por 100cc, o que só em mais outro caso haviam registado, aliás sem a menor manifestação tóxica. A superioridade da sulfassuxidina estaria só em que, fluidificando as fezes, facilitaria a exoneração intestinal sem a ajuda dos laxantes que os autores aconselham quando se emprega a sulfatalidina.

Deve-se ter em mente, também, que existe um antagonismo de ação entre a sulfatalidina e a penicilina, segundo observação feita em seis doentes por Poth, Wise e Slattery. Assim, si se deseja manter a redução da flora do grupo coli, não se deve administrar a penicilina ao mesmo tempo que a sulfatalidina. Entretanto quando se queira aplicar a penicilina, é a sulfassuxidina a droga de escolha para produzir as desejadas alterações da flora intestinal, segundo as comprovações feitas por esses mesmos autores.

Foi, sem dúvida, por causa da incompatibilidade entre a penicilina e a sulfatalidina, esta inibindo a ação daquela, que Joung e Cole observaram em dois casos de peritonite onde ambas as medicações foram usadas concomitantemente, que houve o desaparecimento da *Escherichia coli* das culturas do líquido peritoneal, enquanto persistiram e exerceram a sua ação fatal o estafilococos e o estreptococos também ali existentes. Fica-se pensando que si, ao invés da sulfatalidina, se tivesse empregado a sulfassuxidina, esses doentes podiam ter recuperado a saúde.

Dessa forma, motivos há para persistir a sulfassuxidina no receituário do cirurgião. É ela um auxiliar precioso no preparo do doente, tão precioso que, conforme já tivemos a ocasião de dizer durante a discussão travada na Sociedade Médica São Lucas sobre instrumental para a chamada cirurgia assética do intestino, todo esse armamentário cheio de detalhes e muita vez difícil de ser manejado com a indicada precisão já não terá mais a sua razão de ser, porque o preparo prévio do doente pela sulfassuxidina torna desnecessários os cuidados tendentes a evitar a contaminação do campo operatório pelo conteúdo intestinal. Tivemos, posteriormente, a satisfação de ver esse nosso ponto de vista apoiado por estas palavras de Poth, Ross e Fernandez: "...os assim chamados métodos asséticos de anastomose devem ser usados sempre que possível, mas é evidente que uma técnica a céu aberto pode ser realizada com um grau consideravelmente crescente de segurança".

A nossa convicção foi firmada na observação de uma série decasos por nós operados no Sanatório São Lucas, dos quais vamos destacar, para finalizar esta comunicação, alguns que se mostraram mais ilustrativos e, por isso mesmo, merecedores da apreciação dos clínicos. Eis, em resumo, só com os elementos essenciais, a história desses casos:

12)

M. D. J., 42 anos, casada, doméstica, brasileira, moradora em Presidente Prudente. Portadora de megacolo, foi operada de urgência naquela cidade, por abdome agudo, sendo feita uma colostomia. Um ano mais tarde sofreu nova intervenção, sobrevivendo peritonite, supuração de parede e formação de duas fistulas estercorais, ficando uma ao nível da fossa ilíaca direita e a outra sub umbilical. Na véspera da intervenção a doente tomou 20 comprimidos de sulfassuxidina de uma só vez, dose essa seguida da ingestão de 3 comprimidos cada 4 horas até a hora da operação na manhã seguinte. No ato cirúrgico verificou-se a existência de intensas aderências intestinais, tendo sido rompido o delgado em dois pontos. A fistula subumbilical tinha um trajeto tortuoso, que atravessava o músculo grande reto do abdome do lado esquerdo, o que fez com que aí se caísse em plena zona contaminada de fezes. Foi feita a sutura em dois planos das alças rotas, colocando-se na cavidade soro anticoli-perfringens, tiazamida e soro glicosado hipertônico através de um dreno fino. Sutura das incisões por planos, seda na pele. Houve cicatrização por primeira intenção, apesar da intensa contaminação do campo operatório. Decurso posoperatório afebril.

D. M., 35 anos, casado, brasileiro, empregado no comércio, residente nesta capital. Apresentava um adenocarcinoma da sigmoide, com evolução clínica de mais de 6 meses e emagrecimento de 13 quilos e meio. Com 48 horas de antecedência foi administrada a sulfassuxidina, na dose inicial de 10 comprimidos, seguida de 3 comprimidos cada 3 horas. A intervenção foi realizada em 20 de abril de 1946. Foi feita uma ressecção da sigma, seguindo-se sutura término-terminal em 2 planos. Ao se libertar a sigmoide para a extirpação do tumor, fora acidentalmente aberta a sigmoide, com extravasão de pequena quantidade de fezes. Colocação de soro anticoli-perfringens e Eletrargol na cavidade abdominal e fechamento da parede por planos, sem drenagem. O doente teve ligeira elevação térmica no 2.º e 3.º dias (até 37.5), recebendo 600.000 unidades de Penicilina. Cicatrização por primeira intenção, com decurso posoperatório tão satisfatório que o paciente deixou o hospital no dia 25 de abril, isto é: no 6.º dia da operação. Foi revisto varias vezes, estando em boas condições.

D. A., 38 anos, casado, branco, brasileiro, feitor de turma ferroviária, residente em Guatemozim. A 9 de junho de 1946 teve uma crise aguda de obstrução intestinal baixa, sendo removido para Campinas, onde foi positivado, aos raios X, uma sigmoide dilatada e alongada, cedendo logo os fenômenos de obstrução. Voltando para a sua localidade, teve mais três crises ligeiras de obstrução, que foram resolvidas com lavagens intestinais (destorção de alça longa que se torcera em virtude do tumor?). Como persistissem, assim, os sintomas de interrupção passageira do intestino grosso, veio para São Paulo, sendo internado no Sanatório São Lucas. Contava a história de fezes diarreicas, datando de um ano, com sangue e catarro, em 4 a 6 dejeções diárias. O exame radiológico positivou um estreitamento tumoral da sigmoide. No preparo preoperatório se administrou a sulfassuxidina, iniciando-se na véspera com a dose de 10 comprimidos e seguindo-se com 3 cada 4 horas, num total de 22 comprimidos. A intervenção foi realizada a 25 de julho de 1946 e consistiu na ressecção em um tempo de cerca de 20 cm de sigmoide, seguida de sutura término-terminal em 3 planos. Fechamento da cavidade sem drenagem, deixando-se no peritônio 20 cc de solutiazamida, 20 cc de soro anticoli-perfringens e 15 cc de Eletrargol. Cicatrização por primeira intenção. Não houve elevação térmica no posoperatório, apesar de sinais

de bronquite que se manifestaram do 2.º dia em diante. Por isso e porque o doente tinha que se retirar para o interior do Estado, a 4 horas de trem desta capital, a sua permanência no hospital protelou-se até o dia 5 de agosto, isto é: até 11 dias depois da intervenção; o diagnóstico histopatológico foi de adenocarcinoma gelatinoso ulcerado.

B. M. I., 42 anos, preta, solteira, brasileira, professora, residente no Rio de Janeiro. De 2 meses vinha tendo cólicas subentrantes no abdome, com prisão de ventre não intercadada de diarreia, acostumada já ao uso de entorpecentes. Chegou ao hospital com o ventre distendido, acusando cólicas ao palpar, notando-se no hipogástrio um tumor mediano, doloroso, pouco móvel; não apresentava hipertermia nem vômitos nem diarreia. Foi feito o diagnóstico de provável processo ginecológico, pensando-se em mioma subseroso torcido, com aderências intestinais. No ato cirúrgico, realizado a 27 de fevereiro de 1946, encontrou-se um pequeno mioma subseroso livre, mas o processo principal era um tumor da sigmoide, com obstrução subtotal e consequente dilatação do intestino a montante. Foi retirado o mioma e foi feita uma transversostomia temporária, uma vez verificadas a inexistência de metastases hepáticas e a resectibilidade do tumor. Para o segundo tempo, que foi realizado a 28 de março de 1946 e que consistiu numa ressecção da sigmoide seguida de anastomose latero-lateral em tres planos mediante incisão oblíqua no quadrante inferior esquerdo do abdome, foi feito o preparo prévio com a administração de sulfassuxidina de 2 em 2 horas, tres comprimidos por vez, 24 horas antes da intervenção. A cavidade peritoneal foi cerrada sem drenagem, após a colocação de 4 gr. de Stopton (Sulfanilamida), 10 cc de Electrargol e 20 cc de soro anticoli-perfringens. Houve ligeira elevação térmica no segundo dia, em consequência de ligeira reação de transfusão sanguínea. Os pontos foram retirados a 3 de abril e o decurso posoperatório foi ótimo. O exame anátomo — patológico revelou tratar-se de adenocarcinoma ulcerado com estenose do colo. O fechamento cirúrgico da transversostomia foi feito em 2 de setembro de 1946, com prévia administração de sulfassuxidina desde o dia 31 de agosto. Cicatrização por primeira intenção.

Enderço: rua Suzano, 73

AUTORES CONSULTADOS

- BARGEN (J. A.): "Annual report on intestinal diseases for 1943", Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic, XIX, 602, 27 de dezembro de 1944.
- DIXON (Claude) e LICHTMAN (A. L.): "Some adjuvant mesures in intestinal surgery", Collected Papers of the Mayo Clinic, XXXVII, 92, 1945.
- KIRBY (William M. M.) e RANTZ (Lowell A.): "The treatment of typhoid and dissenteriy carriers with succinylsulfathiazole", Journal of the American Medical Association, CXIX, 615, 20 de Junho de 1942.
- POTH (Edgard J.): "Succinylsulfathiazole and adjuvant in surgery of the large bowel", The Journal of American Medical Association, CXX, 265, 26 de setembro de 1942.
- POTH (Edgard J.): "The sulfonamides as therapeutic agents in intestinal antiseptis", International Abstract of Surgery, LXXVIII, 373, maio de 1944.

- POTH (Edgard J.), ROSS (Charles A.) e FERNANDEZ (E. BRAVO): "An experimental evaluation of sulfassuxidine and sulfathalidine in surgery of the colon", Surgery, XVIII, 529, novembro de 1945.
- POTH (Edgard J.), WISY (Robert L.) e SLATTERY (Mary P.): "Penicillin — phthalysulfathiazole antagonism", Surgery, XX, 147, julho de 1946.
- WOODRUFF (William E.) e BRADSHAW (H. H.): "Sulfathalidina en la cirugía intestinal", Medicina, Buenos Aires, VI, 325, junho de 1946.
- YOUNG Jr. (John P.) e COLE (Warren H.): "Intraperitoneal administration of succinylsulfathiazole", Archives of Surgery, LIII, 182, agosto de 1946.

JALEPAT — ANTIANÊMICO POR VIA ORAL

DEXTROSOL

(Glucose -d)



**EM PEDIATRIA
CLINICA MEDICA
CIRURGIA**

*Glucose é a principal
fonte de energia*

REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

CAIXA, 151-B
SÃO PAULO

CAIXA, 3421
RIO DE JANEIRO

TRANSPULMIN



**Ação tópica
prolongada!**



The illustration shows a hand applying a thick, white ointment from a tube onto a wound. Four overlapping circular callouts are positioned along the tube, each containing a different type of bacteria and the name of the bacteria. From top to bottom, the callouts are labeled: MENINGOCOCOS, ESTREPTOCOCOS, PNEUMOCOCOS, and ESTAFILOCOLOS. The bacteria are depicted as small, dark, irregular shapes. The hand is shown in profile, with the thumb and index finger holding the tube. The ointment is being applied to a wound that is shown in cross-section, revealing the underlying tissue.

Máximo poder germicida
Eficiência absoluta
Sem irritabilidade

O "AMINO-CRON" É APRESENTADO
EM 6 FORMAS DIFERENTES.



The jar is dark-colored with a white label. The label features the brand name "AMINO-CRON" in large, bold, stylized letters. Below it, in smaller text, is "SULFA + MERCURIOCROMO". Further down, it says "EM SOLUÇÃO AQUOSA". At the bottom of the label, it reads "YATROPAN LTDA. SÃO PAULO". The jar has a black, ribbed cap.

Flamínio Fávero, nosso mestre *

Dr. Antônio Miguel Leão Bruno

Do Instituto Oscar Freire

*Mestre,
Excelentíssimas Senhoras,
Meus Senhores,
Prezados Consócios:*

Quis, benévola, a presidência da Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho, exercida brilhantemente pelo professor Francisco Borges Vieira, fosse eu quem vos trouxesse as saudações nesta noute, senhor professor Flamínio Fávero.

Não pude recusar, nem soube, desde logo, medir a desproporção entre a pequenez de minhas possibilidades e a grandeza da investidura.

Mereço, pois, a vossa benevolência, caro mestre e prezados consócios, nas poucas e tóscas palavras que vou proferir neste recinto evocador de aprimoradas vitórias científicas, para as quais, senhor professor Flamínio Fávero, com as vossas luzes muito contribuistes, visto que sois sócio titular fundador e destacado membro do Conselho Consultivo deste nobre Colégio.

Meus Senhores:

Não me proponho fazer um discurso, que o momento não enseja, nem o objetivo consente. Aliás, nítida é para mim a noção da superfluidade, que me fôra de, aqui, expor quem é Flamínio Fávero, nome que se estratificou na notoriedade pública e cuja existência, com ser orgulho dos brasileiros, é uma das mais erigidas de nossa altanaria intelectual.

Falar-vos da personalidade de Flamínio Fávero? Como, se, decididamente, o seu nome já, por todos, é reconhecido qual símbolo das mais excelsas qualidades que possam ornar uma criatura humana?

* Saudação em nome da Diretoria da Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho, ao Professor Flamínio Fávero, em 21 de novembro de 1946.

Flamínio Fávero é nome que já dispensa, realmente, o atavio de um adjetivo. Isto de muito vem facilitar a missão honrosa que me coube.

Quem dos presentes, com efeito, não sabe que, por tôdas as escolas que passou, foi o orgulho dos mestres? Ontem — orgulho dos mestres e colegas; hoje — orgulho dos seus discípulos, que somos todos nós.

Quem dos presentes, com efeito, não conhece os subidos atributos morais e intelectuais do mestre? O seu caráter adamantino, a sua nunca desmentida bondade?

Quem dos presentes, com efeito, não conhece o prosador exímio, o didata emérito, cujas qualidades peregrinas pôs e põe à prova na Cadeira de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo?

Quem dos presentes, com efeito, não conhece que, por tantos predicados de exceção, seu valor e prestígio de tal modo cresceram, que romperam os âmbitos de nossa Pátria para se projetarem em outras pátrias, onde o seu nome se inscreve à mesma altura em que são vistos os de vulto dos mais destacados nos círculos científicos internacionais?

"A medicina legal é uma disciplina sedutora. Os seus encantos, porém, apresentam um realce especial quando o seu intérprete se chama Flamínio Fávero. Ensinar dessa maneira é um dom divino". Palavras são estas do insigne professor de direito, doutor Basileu Garcia.

Seu livro de Medicina Legal — cuja 3.^a edição está a esgotar-se — é um trabalho de valia imensa: estudantes e médicos compulsam-no diariamente; desde os bancos das Faculdades de Medicina e de Direito até os Tribunais, na mesa dos magistrados, seu Tratado passou a ser de consulta obrigatória, imprescindível, porisso que orienta, conduz, esclarece, resolve. Eis o que a respeito desta obra disse o saudoso professor Alcântara Machado: "Outra não há que a sobreexceda, na literatura nacional ou estrangeira, em qualidades ou virtudes didáticas. Afirmo-o autorizado por uma experiência de quarenta anos de professorado. Pode o sr. fazer suas as palavras do poeta latino: *exegi monumentum ære perennius*. Orgulho-me de sua obra como paulista. Dela me ufano, como o mais humilde dos discípulos de Nina Rodrigues".

Falar-vos de Flamínio Fávero mestre em questões de infortunística? Aqui, nesta sociedade de *medicina social* e do *trabalho*? Todos os distintos consócios estão ao par da valiosa contribuição por ele trazida neste setor. Quantos problemas resolvidos — graças ao seu descortino. Haja vista, à guisa de exemplo, ao problema da *tuberculose e acidente do trabalho*, ao problema da *hérnia e acidente do trabalho*. Haja vista, ainda à guisa de exemplo, à sua segura exegese a respeito de difíceis textos de nossa legislação trabalhista.

Falar-vos de Flaminio Fávero criminologista? Mas, se é ele um dos que mais poderosamente estão influenciando nos novos rumos da ciência que estuda o crime e o criminoso!

Falar-vos de Flaminio Fávero penitenciário? Falar-vos depois da manifestação unânime dos entendidos?

Sim, tem razão o culto escritor Sr. Antônio Constantino, que disse do conferencista desta noite: "Positivamente, encarna o professor Flaminio Fávero uma das mais altas expressões do penitenciário em nossa terra. O renome conquistado não apenas no Brasil, porém em toda a América e também em vários países da Europa, testemunha a capacidade do estudioso e do preceptor, cuja atitude de aplicação prática dos seus ensinamentos nunca se desviou do rigor científico, e sem se afastar dos preceitos evangélicos, de caridade e amor aos detentos, criaturas golpeadas pela tortura do destino implacável".

Sim, tem razão o nobre advogado e jornalista patricio Dr. José Nabantino Ramos, que, referindo-se ao colendo mestre, escreveu estas belas linhas: "... reeducar criminosos é tarefa que só idealistas e homens de coração podem realizar, porque são os únicos que dispõem da bondade, paciência e coragem necessárias à consecução de tão alto objetivo. Hoje talvez sejam havidos como utopistas ou sentimentais, mas o futuro dirá que foram pioneiros da grande obra de redenção humana. O professor Flaminio Fávero está entre eles".

Falar-vos das altas qualidades de direção de Flaminio Fávero? Mas, a quem é devida a orientação firme do Instituto Oscar Freire? A quem senão ao atual expoente máximo da medicina legal brasileira? A quem senão ao continuador da obra do inolvidável professor Oscar Freire? Se mais fôra necessário dizer como prova incontestável desses esplêndidos dotes de direção, citaria a sua gestão como diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e como diretor do Departamento Geral de Presídios do Estado de São Paulo.

Falar-vos do mestre de deontologia médica e de medicina profissional? Mas, quem ignora ser o professor Flaminio Fávero o *pontifex maximus* nesse terreno — tão belo quanto delicado, tão elegante quanto difícil?

Como sói suceder — é ele sempre o primeiro a acudir, com o seu saber, na resolução de problemas novos da especialidade.

A conferência que o autor da primeira obra nacional sobre questões de deontologia médica e de medicina profissional irá pronunciar, dentro em pouco, sobre o exercício lícito e ilícito da medicina em face do novo código penal e das constituições republicanas brasileiras, desde a de 24 de fevereiro de 1891 até a de 18 de setembro de 1946, — será a melhor prova do que afirmei.

Mestre:

Plantastes gigantescos robles, e, agora, após tanta luta e esforço, ainda novos robles de dilatada magnitude plantais. Prosseguir na exaltação de vosso mérito seria para vosso temperamento, todo de delicadeza feito, um ato pouco elegante de mim partido.

Uma palavra amiga, porém, nunca é por demasia enunciada.

E é essa palavra, de emoção referta, que vos dirijo, professor doutor Flaminio Fávero, do alto desta tribuna, pela Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho, mas timidamente como um discípulo obscuro que de vós hei de sempre me prezar de ser.

CLINICA ROENTGEN

RADIODIAGNÓSTICO

Exames radiológicos em domicílio

★ Dr. Raphael de Lima Filho
★ Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 644 ★ Fone 2-5831 ★ São Paulo

Anti-tóxico, anti-necrótico, anti-infeccioso

Climax

ACROSIN

AUTO E HETERO-INTOXICAÇÕES
TOXEMIAS DAS DOENÇAS INFECCIOSAS
ENFERMIDADES HEPÁTICAS
ESTADOS ALÉRGICOS
PRÉ E POST-OPERATÓRIOS
VEÍCULO DOS ARSENOBENZÓIS
USO INTRAMUSCULAR OU ENDOVENOSO

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL,
EM 7 DE MARÇO DE 1946

Presidente: Dr. Felipe Vasconcelos

Distribuição geográfica da leishmaniose tegumentar americana — Prof. S. B. Pessoa e Dr. M. P. Barreto. — Os AA., depois de dizerem que a presença da leishmaniose cutâneo-mucosa americana tem sido assinalada em quase todo o Hemisfério Ocidental, desde a Península de Iucatã até o Norte da Rep. Argentina e Sul do Brasil, a mais ou menos 30° de L. S., referem que esta moléstia, pouco frequente em muitos países, se apresenta com alta incidência em outros, em particular no Brasil e Perú. Apresentam a seguir a distribuição geográfica da leishmaniose tegumentar nas Américas, citando a documentação bibliográfica a respeito. Referem que, na América do Norte, não se registraram até o presente casos autóctones da mencionada enfermidade,

pois o único dado como tal por Benédex (1940) foi contestado, com toda a razão, por Wenyon. Passam em revista os casos estudados nas Antilhas, México, Honduras Britânicas, Honduras, Guatemala e Costa Rica. Não conseguiram informações quanto à possível existência do mal em El Salvador. Em relação à Nicarágua, dizem ser provável a existência da enfermidade nesse país. Citam casos estudados no Panamá, Venezuela, Colômbia, Guianas Inglesa, Holandesa e Francesa. Referem ser ainda pouco frequente a leishmaniose tegumentar no Equador. Estendem-se em considerações sobre o grande foco endêmico que constitui o Perú. Passam em revista os estudos feitos na Bolívia, Paraguai e Argentina. Mencionam que, segundo Talice, a leishmaniose cutâneo-mucosa não é



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462
Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º**Hormocerebrino Masculino***Sôro hormônico masculino ativado com a substância cinzenta do encéfalo.***Hormocerebrino Feminino***Sôro hormônico feminino ativado com a substância cinzenta do encéfalo.*

Indicado nas depressões nervosas, na epilepsia, na histeria, nas fosfatúrias, nas várias nevroses de origem simpática. — Doses: Uma empola diariamente (intramuscular).

autóctone no Uruguai e Chile. Finalizam o trabalho, fazendo minucioso estudo em relação à distribuição da moléstia nos vários estados brasileiros e dizendo que a leishmaniose tegumentar constitui, "há mais de trinta anos, grave problema de higiene, que, até hoje, espera solução adequada dos governos responsáveis pela saúde de nossa gente e pelos destinos de nossa Pátria".

Observações sobre a biologia do A. Albitarsis e do A. Darlingi na Baixada Fluminense, Estado do Rio de Janeiro. — Dr. José de Oliveira Coutinho. — O A. relata observações colhidas na Baixada Fluminense em relação à biologia do "A. Darlingi" e do "A. albitarsis". Detem-se na análise dos trabalhos realizados na "Cidade das Meninas", localizada na Fazenda Camboaba, em Duque de Caxias, no Estado do Rio. Mostra que aí o "albitarsis" é extremamente doméstico e é o maior transmissor da malária, apresentando-se com 2,6 por cento de infecção natural. Assinala a presença do "darlingi" no local, onde apresenta densidade muito mais baixa, sendo que o "tarsimaculatus" é quase ausente. Estuda a densidade domiciliar dessas espécies cujas médias horárias foram de 41 para o "albitarsis", 3,2 para o "darlingi" e 0,1 para o "tarsimaculatus". Assinala a presença do "albitarsis" em vários pontos da Baixada Fluminense frequentando as habitações humanas, ao passo que, fóra da Baixada, embora a referida espécie esteja sempre presente, nunca invade as casas. Cita observações feitas no Vale do Paraíba, onde esta espécie é muito frequente, mas em tendência a penetrar nos domicílios. Dá como exemplo Volta Redonda e Barra Mansa, onde apareceu um surto de malária em 1944, com a introdução do "darlingi". Adianta que esse surto foi debelado e a malária eliminada com a destruição dos criadouros do "darlingi". Estudando os criadouros do "darlingi" e do "albitarsis" na Fazenda Camboaba, diz que se localizam de

preferência em depressões naturais do terreno e pequenas lagoas com vegetação aquática vertical e com sombra parcial, muito comum no local; pequenos braços mortos de rio também constituem criadouros para as referidas espécies. Revê a bibliografia nacional que se refere a essas espécies, tecendo comentários baseado em observações que pôde colher no País, quando trabalhava no Serviço Nacional de Malária. Prevê a existência de duas raças ou variedades de "albitarsis", sendo uma domiciliar e antropófila e outra extra-domiciliar e zoófila, aceitando mesmo o ponto de vista de Galvão e Damasceno (1942), quando criaram a variedade doméstica, baseado na biologia e na morfologia do exocório dos ovos, que apresentam um desenho em mosaico em "domesticus".

Comentários — Prof. Samuel Pessoa. — Pergunta qual o valor dos caracteres morfológicos assinalados por Galvão e Damasceno (ornamentação do exocório), para a distinção das variedades antropófila e zoófila.

Dr. Dácio — Refere que, quando esteve em Minas e no Esp. Santo, verificou que, em Minas, os "albitarsis" não são antropófilos, nem domésticos, nas zonas onde trabalhou, isto é, nas Cidades e Vilas do Vale do Rio Doce, ao longo da E. F. Vitória a Minas; no Esp. Santo, porém, numa localidade marginal à mesma ferrovia (Alfredo Maia), encontrou "albitarsis" de hábitos domésticos, tendo tido ocasião de dissecar, em companhia do Dr. H. M. Penido, 226, dos quais 3 (1,3%) apresentavam oocistos no estômago. Não estudou, porém, as diferenças de ornamentação no exocório dos ovos, assinaladas por Galvão e Damasceno.

Dr. J. O. Coutinho. — Diz que os "albitarsis" do Dist. Federal coincidem com o tipo "domesticus". Refere que é difícil obter em rotina ovos em quantidade para o diagnóstico morfológico das duas variedades. A marcação do 2.º tarso posterior é de 50%, muito larga, pois. Mas, como quer que seja,

é sempre difícil separar as duas variedades pelos caracteres morfológicos.

Prof. Samuel Pessôa. — Diz que o trabalho do Dr. Coutinho sugere que uma espécie de anofelino pode ser antropófila numa determinada região e não o ser em outra. Talvez que, para esse comportamento diverso, influam as condições telúricas. Julga que é perigoso comparar os hábitos dos nossos anofelinos aos dos europeus. Não se devem empregar os mesmos processos de estudo adotados na Europa para os nossos anofelinos. E isto porque o Brasil, em relação ao povoamento, é muito diferente da Europa. Com efeito, o nosso Território vem sendo povoado por povos europeus, há poucos séculos apenas; com o aumento da densidade da nossa população de origem européia, de hábitos bem diversos dos nossos indígenas, é possível que os nossos mosquitos, de hábitos silvestres, vão tendendo a tornar-se domésticos, uma vez que surgem, com os novos povoadores, condições que lhes facilitam ou favorecem a domesticidade e a antropofilia. Os dados biológicos são precários para a caracterização das espécies vetoras e não vetoras da malária. Assim, a nossa principal espécie transmissora de malária, o "darlingi", apresenta, segundo Ayroza Galvão, variações no tocante aos seus hábitos antropófilos: acentuadamente antropófilo em certos anos, este anofelino não se mostra do mesmo modo, em outros anos. Porisso crê o comentador que espécies não vetoras da malária podem tornar-se aptas à transmissão com o povoamento e a civilização, o que lhes faculta a possibilidade de passarem de silvestres a domésticas. Cita o caso das "Kerteszia", mosquitos tidos até não há muito como exclusivamente silvestres e que não obstante, em certas zonas, vêm mostrando-se com acentuada domesticidade.

Dr. J. O. Coutinho. — Com efeito a "Kerteszia bellator" do Sul é igual a do Distrito Federal; em Sta. Catarina, no Vale do Iajai, esta espécie tem tendência a invadir os

domicílios, mas já não apresenta tais hábitos, no Dist. Federal; é possível que adapte para o futuro. Por outro lado, se há espécies de regiões diversas, idênticas morfológicamente, mas com hábitos diferentes, há espécies que apresentam fixidez de hábitos nas mais diversas regiões; é o caso do "darlingi", sempre transmissor onde quer que apareça. As vezes, localidades que desconhecem completamente a malária, vem a sofrer-lhe os danos, quando o "darlingi" é nelas introduzido, devido a circunstâncias especiais. E' o caso de Pirai, Barra Mansa, que só vieram a conhecer a malária, quando nelas surgiu o "darlingi".

Prof. Samuel Pessôa — O "darlingi" talvez seja originário do Norte da América do Sul, onde se desenvolveram as maiores civilizações precolombianas do nosso Hemisfério; talvez, por outro lado, esse mosquito se disseminou pela América Meridional porque foi encontrando, trazidas pela civilização européia, condições semelhantes às do seu habitat original.

Dr. Mauro Pereira Barretto — Não nega a possibilidade de adaptação de uma espécie à antropofilia, em lapso de tempo relativamente curto. Mas o problema dos anofelinos parece ser mais complexo. O antigo conceito estático de espécie de Lineu ("Espécies são as diversas formas criadas de início pelo supremo Ser"), ligeiramente modificado posteriormente, sofreu uma alteração profunda com a aceitação da teoria da evolução (1859) e a descoberta da existência de variação geográfica. Hoje, sabe-se que uma espécie é constituída por um grupo de indivíduos ou de populações, mais ou menos diferentes, algumas das quais são relacionadas com populações de espécies vizinhas. Dentro de uma mesma espécie, particularmente daquelas que têm distribuição geográfica ampla, pode dar-se uma diversificação ou diferenciação por influência de fatores mesológicos, conduzindo à sub-divisão da espécie em "sub-espécies" ou "raças

geográficas". A sub-espécie ou raça é, pois, uma sub-divisão geográfica localizada de uma espécie, que difere genética e taxinômica de outras sub-divisões da mesma espécie; ou um complexo de indivíduos cruzando-se livremente, indivíduos esses que são morfológica e biologicamente idênticos ou variam dentro de certos limites; mas os caracteres deste grupo de indivíduos são geneticamente fixos e nenhuma outra sub-espécie ou raça da mesma espécie ocorre na mesma área. Uma sub-espécie ou raça geográfica não deve ser confundida com "variedade", termo impróprio e que tem sido usado em diferentes acepções. Variedade, hoje, deve ser tomada como a expressão de uma variação individual dentro de uma população, equivalente a uma aberração, não tendo significação taxinômica, nem encontrando designação especial na nomenclatura binominal. A formação de raças geográficas ou sub-espécies, mediante a influência indireta dos fatores mesológicos, é um fenômeno largamente difundido e vem sendo bem estudado, sobretudo pelos ornitologistas e limnologistas. Ele deve necessariamente ocorrer entre os anofelinos e isto nos explicaria o comportamento diferente daquilo que se considera uma "espécie", em áreas ou regiões diversas, às vezes mesmo muito próximas. Haveria, assim, entre os anofelinos espécies politípicas, isto é, complexos de sub-espécies ou "Rassenkreise", cada sub-espécie com distribuição geográfica particular e diferindo morfológica, biológica ou ainda geneticamente das sub-espécies vizinhas. A área de distribuição de uma sub-espécie não é fixa, podendo retrair-se ou expandir-se com as modificações mesológicas operadas na mesma. Podemos admitir ainda que, modificando-se o habitat, possa ocorrer a desaparecimento de uma sub-espécie e o aparecimento de outra sub-espécie. Isto explicaria talvez a transformação dos hábitos daquilo que consideramos espécie fixa (espécie monotípica), num mesmo lugar. As mo-

(26)

dificações do meio (inclusive do micro-clima) poderiam determinar a substituição de raças ou sub-espécies zoófilas por sub-espécies ou raças antropófilas.

Dr. J. O. Coutinho — Esta questão deve estar ligada ao ambiente. Assim, em Salvador, o "albitarsis" é doméstico; em Pernambuco e Paraíba é menos doméstico; em Natal sua densidade é menor; em Fortaleza, não penetra nos domicílios. Trata-se, pois, de uma questão complexa.

Dr. Barretto — Os fatores geográficos é que dão as raças geográficas; embora elas não se distingam, podem existir; talvez, o "albitarsis" apresente várias raças geográficas.

Dr. Coutinho — Mas o "darlingi" é sempre transmissor em qual quer lugar, desde o Vale do Madalena até o Sul; está sempre em relação com a malária. Presença de "darlingi" significa malária atual ou futura.

Dr. Mauro Pereira Barretto — E' que o "darlingi" constituiria uma espécie estável. As variações por influência de fatores mesológicos explicam a diferenciação das raças; mas esta influência se faz sentir de modo diferente nas diversas espécies; assim, os mesmos fatores mesológicos poderiam condicionar a formação de raças geográficas ou sub-espécies de "albitarsis" e não de "darlingi".

Dr. Levant Pires Ferraz — Opinião que um modo de dirimir dúvidas seria fazer as mesmas observações com uma mesma espécie, durante muitos anos seguidos, afim de verificar o aparecimento ou não de modificações nos respectivos hábitos.

Dr. J. O. Coutinho — O "darlingi", mesmo no litoral, é doméstico; o "albitarsis", doméstico no litoral, não o é, porém, já nas terras elevadas, afastadas do litoral.

Dr. Mauro Pereira Garretto — E' porque o "darlingi" seria uma espécie monotípica; o "albitarsis" teria raças ou sub-espécies, condicionadas por fatores mesológicos diferentes.

A VITÓRIA ALCANÇADA E A VITÓRIA A ALCANÇAR !

Durante o último ano de guerra, os produtores de *Penicilina* foram continuamente solicitados a produzirem mais, mais e mais! O término da guerra possibilitou destinar-se à medicina civil maiores quantidades. No ano de 1946 os suprimentos serão suficientes e as pesquisas em andamento, conduzirão a outras indicações além das já estabelecidas.

OSTEOMIELITE AGUDA E
CRÔNICA

FURÚNCULOS

TROMBOSE SINUSAL CA-
VERNOSA OU LATERAL

MENINGITE.

PNEUMONIA

EMPIEMA

PIONEFROSE

ANGINA DE VINCENT

FERIDAS INFECTADAS

PROFILAXIA DE INFE-
ÇÕES SECUNDÁRIAS

QUEIMADURAS

ENDOCARDITE

MASTOIDITE

INFECÇÃO

PUERPERAL

GONOCOCCIAS

ANTRAZ

ERISPELA

PERITONITE



PENICILINA

Lederle

PENICILINA - Injetável

100.000 e 200.000 unidades

COMPRIMIDOS DE PENICILINA

CÁLCICA LEDERLE

PASTILHAS DE PENICILINA

CÁLCICA LEDERLE

POMADA DE PENICILINA CÁLCICA
LEDERLE

POMADA OFTÁLMICA DE
PENICILINA CÁLCICA LEDERLE

LEDERLE LABORATORIES

30 ROCKEFELLER PLAZA • NEW YORK

A UNIT OF
AMERICAN
CYANAMID
COMPANY

INC.

Representantes exclusivos no Brasil:

Produtos Farmacêuticos **BARROSO & WALTER LTDA.**

Rua 1ª de Março, 9-2º
RIO DE JANEIRO

Rua da Liberdade, 830
SÃO PAULO

Prof. Samuel Pessoa — Os hábitos são variáveis; os caracteres hereditários podem variar.

Dr. Mauro Pereira Barretto — Os fatores mesológicos é que podem influir na formação de raças ou sub-espécies.

Prof. Samuel Pessoa — Na Europa, povoada e civilizada há muito tempo, houve modificações dos hábitos alimentares dos anofelinos e, depois, fixação desses hábitos. Entre nós, é de supor-se que mosquitos selvagens possam tornar-se antropófilos com o aumento da densidade de população.

Dr. Mauro Pereira Barretto — O "maculipennis" da Europa apresenta formas que são antropófilas e outras que não o são; trata-se de raças ou mesmo de mais de uma espécie, incluídas numa só espécie. Com o aparecimento de condições apropriadas ao exercício da antropofilia (povoamento), haveria proliferação das raças ou espécies antropófilas e diminuição das outras não antropófilas, fato que poderia impropriamente ser interpretado como adaptação de raças zoófilas à antropofilia.

Prof. Pessoa — Corroborando ainda a hipótese de que mosquitos selvagens, em condições ainda não bem definidas (entre as quais deve pesar muito o aumento da fonte sanguínea constituída pelo aumento da população), podem tornar-se antropófilos, podemos citar as observações de Renato Correa com o "strokei"; este "Nyssorhynchus", tipicamente silvestre, pôde, entretanto, apresentar-se antropófilo e doméstico, na Fazenda Sta. Alice, bacia do Aguapei, no Estado de São Paulo, onde figurou com a cifra de 95,3%, entre os anofelinos capturados em domicílio.

Hemoglobinúria paroxística "a frigore" — Dr. Felipe Vasconcelos e

Dr. Armando Rotondi. — Os AA. apresentam um caso de hemoglobinúria paroxística, com aparecimento na época do frio mais intenso, e de causa lúética. Chamam a atenção para a simplicidade do diagnóstico, que, entretanto, pode passar despercebido aos clínicos menos experimentados. Descrevem os testes de Erlich-Murri e o de Landsteiner-Donath, finalizando com ligeiras considerações sobre o mecanismo do fenômeno e citando outros tipos de hemoglobinúria.

Síndrome diarreico de origem focal — Dr. Levant Pires Ferraz — O A. apresentou um caso de diarreia prolongada, cuja etiologia foi encontrada numa infecção focal. A remoção do foco de infecção acarretou a cura. Comentários — Dr. Mauro Pereira Barretto — Pergunta-se, uma vez suprimido o foco, os sintomas desapareceram logo depois ou em seguida a um lapso de tempo muito longo.

Dr. Dácio Franco do Amaral — Diz que a observação clínica do Dr. Levant é interessante, porque focaliza quão variadas e difíceis de diagnóstico são as perturbações diarreicas. Em geral, a tendência é pensar sempre numa só causa. E, como entre nós a disseminação da "E. histolytica" é muito grande, às vezes abuso em se filiarem tais perturbações só a esta última causa, insistindo-se em pedidos de exames de laboratório para a mesma e desprezando-se a pesquisa de outras causas.

Dr. Levant Pires Ferraz — Responde ao Dr. Barretto que o desaparecimento dos sintomas depende da natureza dos mesmos bem como do tempo de duração da doença. Quanto mais antiga esta, mais dilatado é o prazo de aparecimento das melhoras.

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-5445

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 19 DE MARÇO DE 1946

Presidente: Dr. Henrique S. Mindlim

Siringomielia lombo-sacra congênita; estado disráfico. — Dr. José Lamartine de Assis — O A. apresenta um caso de siringomielia baixa com numerosas anomalias congênitas, dentre as quais uma possível dilatação das bainhas nervosas das raízes da cauda equínea. Esta mal formação foi verificada graças ao emprêgo do Pantopaque, injetado por via baixa. Entre outras anomalias havia espina bífida sacra oculta, cifoescoliose, hipoplasia da bacia, tendência ao genu e pé valgum, além da osteoporose generalizada. Ao lado destas alterações havia um síndrome medular caracterizada por sinais piramidais nos membros inferiores e dissociação sensitiva de tipo siringomiélico nas pernas.

Moléstia de Sturge-Weber. — Drs. Osvaldo Freitas Julião e Wilson Brotto — Os AA. apresentam a observação de uma menina (Maria de Lourdes P., 6 anos de idade), por eles examinada no Ambulatório de Neurologia do Hospital das Clínicas (Serviço do Prof. Adherbal Tolosa), e que referia, como queixa principal, ataques convulsivos. Em resumo, a observação é a seguinte:

— Desde os nove meses de idade a paciente sofre de crises convulsivas que, a princípio localizadas preferencialmente no lado D. do corpo passariam depois a predominar no hemicorpo E.; precedidas frequentemente por mudanças bruscas de humor, tais crises teriam duração variável de 5 minutos a 1 hora, acompanhando-se de perda dos sentidos.

Antecedentes: Um tio-avô sofria de ataques convulsivos e uma prima apresenta manchas de cor vinho pelo corpo, não sofrendo porém de ataques convulsivos.

Exame somático: Grande mácula de cor vinho, ocupando quasi toda a hemiface E. e parte do

couro cabeludo; outras manchas vinhosas, irregulares em forma e tamanho, distribuem-se pelo hemicorpo E., especialmente na perna E., ocupando-a em quase toda a extensão. A simetria da face: lábio superior com a metade E. mais desenvolvida que a D., globo ocular E. com a fenda palpebral maior, pálpebras mais volumosas e com maior número de dobras, íris maior, esboçando portanto buphtalmos.

Exame neuro-psiquiátrico: A tensão extremamente saltuária. Memória reduzida. Relativamente bem orientada auto e alopsiquicamente. Associa as idéias de modo algo acelerado, acusando na esfera do julgamento deficiência do senso crítico. Em relação à inteligência, denota atraso intelectual, havendo-se verificado que a paciente apresenta a idade mental de 3 anos, com Q.I. igual a 0,50. Ao lado do retardo intelectual, denota comprometimento da esfera afetiva, que se traduz por labilidade do humor, com tendência para euforia. Mostra-se dotada de nítida hiperbulia, que a impelle a transformar em atos tudo que lhe acode ao espírito, atravessando os dias presa de uma hiperatividade desordenada e sem objetivo útil. Apresenta desinteresse afetivo pelos progenitores e parentes próximos.

Nítida diminuição dos reflexos osteo-tendinosos. Não há sinal de Babinski nem variantes. Sensibilidade íntegra, assim como as motricidades voluntária e automática.

Exames complementares: Exame radiológico do crânio: na região occipital, verificam-se depósitos calcáreos, em duas situações, seguindo uma direção sinuosa, lembrando trajeto venoso, sugerindo a presença de dilatações venosas intracranianas, com calcificação das paredes.

Exame oftalmológico: dilatação dos vasos pericorneais à E.; au-

mento global do OE; pupilas iguais com reflexos normais; o exame do fundo de olho revela em OE congestão venosa, sendo a papila bem mais avermelhada que em OD.

Exames do líquido céfalo-raquiano: 1.º exame (14-5-1946); punção: S. O. D. límpido e incolor; O células por mm³; Proteínas — 0,10; Cloretos — 7,20 Glicose — 0,57; Pandey e Nonne — negativas; Benjoin — 12101.21000.000.000; Takata Ara + (paranquimatoso); Wassermann — negativo com 1 cm³; Steinfeld — negativo com 1 cm³.

2.º exame — (29-3-1946); punção: S. O. D. límpido e incolor; 2,8 cel. por mm³; Proteínas — 0,20; Pandey e Nonne — positivas (+); Benjoin — 1221.22210.000.000; Takata-Ara — fortemente positiva (++) tipo paranquimatoso; Wassermann e Steinfeld — negativas.

Exames de sangue: 1.º — 28-7-1945) — Hinton — fracamente positivo.

2.º — (30-1-1946) — Wassermann-anti-complementar, Hinton — fracamente positivo ++, Kahn — negativo.

3.º — (20-3-1946) — Wassermann-fracamente positivo, Kahn — negativo, Kline — negativo, Hinton — fortemente positivo, W. Brown — negativo.

Depois de exporem a observação, os AA. fazem considerações gerais sobre as neuroectodermoses (Roger), estudando a seguir, particularmente, as angiomas. Tratam da sintomatologia da angiomatose encéfalo-retiniana ou moléstia de von Hippel-Lindau e, a propósito, referem a observação de um paciente portador de um linfangioma no membro superior E. e que, posteriormente, apresentou uma síndrome cerebelar no hemi-corpo E. que regrediu quase inteiramente pelo uso de aplicações radioterápicas na região cerebelar.

A seguir, os AA. estudam a angiomatose encéfalo-trigeminada de Crouzon, ou moléstia de Sturge-Weber, referindo o histórico e o

quadro clínico dessa síndrome, des-tacando, a propósito, a sintomatologia apreciada no caso em apreço. Considerando a sintomatologia, passam em revista:

1 — sinais cutâneos: caracterizados pelo angioma cutâneo, do tipo névico, ocupando o território de inervação dos ramos do trigêmeo. No caso apresentado, o angioma localizava-se no hemirraio E e no território correspondente aos ramos oftálmico e maxilar superior E.

2 — sinais neurológicos: dependentes da localização intracraniana do angioma, caracterizam-se habitualmente por: epilepsia (geralmente controlateral ao nevus facial), paresias transitórias, desordens psíquicas, déficit mental e, eventualmente, distúrbios consequentes a hipertensão craniana.

3 — sinais oculares: do mesmo lado que o angioma facial, pode-se observar protusão do globo ocular, aumento da fenda palpebral, espessamento e maior número de dobras das pálpebras. No caso apresentado, evidenciava-se esboço de buphalmia à E.

4 — sinais radiográficos: correspondentes a calcificações intracranianas, verificam-se imagens típicas, patognomônicas, localizadas geralmente na região têmporo-occipital.

Finalmente, os AA. relatam as melhoras obtidas pela paciente (desaparecimento das crises convulsivas) depois que iniciou o tratamento pela radioterapia profunda e comprimidos de luminaletas.

Cranioplastia com tantalum — Drs. Rolando A. Tenuto e José Zacis — A cranioplastia com Tantalum apresenta grandes vantagens comparando-se a outros materiais usados anteriormente à época atual. Os trabalhos de Pudens, R. Glen Spurling e outros, demonstram a evidência destas afirmações.

Realizamos 2 cranioplastias com Tantalum (material gentilmente oferecido pelo Dr. Nadad, diretor do Laboratório Johnson do Brasil),

TRATAMENTO DAS

Anemias

por injeção
intramuscular de
Ferro associado
às Vitaminas
B₁ e C



*A mais moderna
e científica
medicação das
anemias*

ASCORBIRON

Anemias e anemias secundárias.
Convalescença de doenças infecciosas.
Na gravidez e no período post-partum,
como fornecedor de reserva de ferro.

| | | |
|-----------------------|-----|-------------------|
| ASCOBATO FERROSO | ... | 10 mg |
| ÁCIDO ASCÓRBICO | ... | 25 " |
| CLORIDRATO DE TIAMINA | ... | 10 " |
| RIBOFLAVINA | ... | 0,2 " |
| ÁGUA DISTILADA a. s. | ... | 2 cm ³ |

1 ou 2 ampolas diárias,
via intramuscular.

Caixas com 10 ampolas
de 2 cm³

LABORATÓRIO XAVIER

com resultados excelentes. A primeira, para correção de uma falta óssea cirúrgica, com hérnia do cérebro, e outra motivada por acces-

os epileptoformes consequentes a aderências meningo-cerebrais, posteriores à drenagem de abscesso cerebral.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 11 DE MARÇO DE 1946

Presidente: Dr. Mário Degni

Sistematização do tratamento geral das queimaduras — Dr. Ary do Carmo Russo — Inicialmente o A. faz considerações gerais sobre a fisiopatologia das queimaduras, salientando a importância da dor, perda de líquidos, anoxemia, infecção e distúrbios metabólicos. Logo após expõe a sistematização do tratamento geral das queimaduras tal qual é utilizado no seu serviço no Hospital das Clínicas:

A) Tratamento imediato.

I) Tratamento do estado de choque.

- a) combate à dor — morfina;
- b) combate à anoxemia — oxigênio + barbitúricos;
- c) combate à perda de líquidos — plasma, sangue total, soro-albuminas, soluções salinas.

II) Controle à infecção.

- a) primeiro curativo — compressivo, oclusivo feito sob assepsia e com material não aderente ao ferimento;
- b) anti-infeccioso — sulfanilamidas e penicilina;
- c) enxertos precoces.

B) Tratamento tardio.

I) Combate à infecção.

- a) tratamento geral — anti-infecciosos + correção dos distúrbios metabólicos;
- b) tratamento local — curativos úmidos, curativos com pomadas de sulfanilamida e penicilina, enxertos.

II) Correção dos desequilíbrios metabólicos — líquidos, sais, proteínas, sangue total, suprarenal, vitaminas.

III) Correção das sequelas.

Apresentou os resultados obtidos em 268 doentes tratados durante

(32)

18 meses, dividindo-os em 2 grupos:

a) 121 queimados atendidos em serviços comuns a outros doentes e sem tratamento sistematizado.

b) 147 queimados atendidos em serviço especial seguindo a orientação exposta.

Conclue que:

1. Com o estabelecimento de um serviço para queimados, e consequentemente, a padronização do tratamento, a mortalidade baixou de 10,7 a 7,5%. Se considerarmos apenas as queimaduras inferiores a 40%, o decréscimo foi mais evidente, pois, de 6,8% (8:116) baixou para 2,2% (3:138).

2. Com a padronização do tratamento, conseguiu-se uma sobrevida maior em queimaduras extensas. Assim, no 1.º grupo, de 5 queimados, cujas áreas foram maiores que 40%, apenas um caso com 45% sobreviveu 58 dias. No 2.º grupo foram 9 as queimaduras superiores a 40%; destas, 1 com 45% curou-se, 2 respectivamente com 41 e 44% sobreviveram 33 dias e um com 68% sobreviveu 14 dias.

3. O doente queimado é um paciente cirúrgico por excelência que exige cuidados especiais e constantes. As primeiras 48 horas são de capital importância no seu prognóstico. Dos 24 óbitos de nosso serviço, 13 ocorreram nesse período e dependeram do estado de choque (7 no primeiro grupo de 212 e 6 no segundo de 147).

4. A infecção retarda a cura prendendo ao leito inúmeros doentes num período de 6 meses a 1 ano. Ela foi causa direta de 5 óbitos: 2 (45% e 25%) no 1.º grupo de 121 e 3 (68%, 44% e 41%), no 2.º grupo de 147 doentes.

5. A mortalidade foi maior em queimaduras produzidas por substâncias inflamáveis ou pelo contacto directo com o fogo. Isto se explica por serem as queimaduras

produzidas por êsses agentes, mais extensas e profundas, porquanto, há de início queima das vestes de modo a tornar a fonte de calor mais extensa e persistente.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 13 DE MARÇO DE 1946

Presidente: Dr. Armando Arruda Sampaio

Considerações sobre uma nova e eficiente terapêutica da coqueluche — Dr. Jorge Morais Barros Filho.

Comentários: Dr. José Augusto Rittes — Faz referência a um caso de coqueluche contraiada pela segunda vez, como lhe pareceu quando da observação do caso. Indaga do Dr. Morais Barros sobre essa possibilidade.

Dr. Osvaldo de Souza e Silva — Comenta o fato do orador, ao que lhe pareceu, não ter estabelecido relação entre as doses de sulfá e o peso das crianças, como é de rigor. Indaga, porisso, se o A. empregou as mesmas doses ou doses variáveis conforme aquele critério.

Dr. Emílio Conti — Declara haver comparecido à sessão afim de trazer o seu depoimento pessoal acerca de dois casos de coqueluche tratados com sucesso pelo método do Dr. Morais Barros, ao qual recorreu. Tratava-se de seus dois filhos, sem nenhum resultado. As melhoras obtidas com o tratamento instituído pelo Dr. Morais Barros foram rápidas e evidentes. Desejava, porisso, deixar consignado o seu depoimento e renovar os seus agradecimentos àquele colega.

Dr. Euríclides de Jesús Zerbini — Desejou saber se o Dr. Morais Barros realizava o controle da concentração sanguínea das sulfas como é de hábito nos Estados Unidos.

Dr. Vicente Ferrão — Disse ser profundo o seu ceticismo em relação ao tratamento da coqueluche; além de profundo, antigo, pois data da época em que pretendeu preparar tese sobre o assunto, abandonando o tema precisamente por serem negativas as conclusões a que chegara. Esperava que o Dr.

Morais Barros viesse trazer a cura desse ceticismo. Entretanto, como lhe parecia que o surto atual de coqueluche era um extremo benigno, com casos muito leves e casos de evolução curta, julgava inoportuno o momento para as verificações de ordem terapêutica. Porisso, mesmo levando em conta o valor do trabalho do conferencista, cujas qualidades desejava proclamar, era de parecer que as conclusões a que chegou o Dr. Morais Barros eram prematuras, sendo necessário, a seu ver, aguardar outro surto da moléstia, em que predominassem casos mais típicos e acentuados, afim de serem então tentadas as observações mais de acordo com as condições reais da moléstia.

Dr. Gomes de Mattos — Ouvi com toda a atenção a leitura do trabalho do dr. Jorge de Morais Barros e devo dizer que não quero ser cético, porém a maneira pela qual o trabalho foi apresentado não me deixou convencido. Pela leitura das observações não vi nenhuma informação sobre a fase em que se achava a doença e o tempo de duração da mesma no momento em que começou o tratamento, fatos estes cujo esclarecimento parece indispensável para a aceitação das conclusões finais.

Olhando as observações em conjunto, há muito de sugestivo e porisso sou de opinião que o assunto deve ser verificado e eu o farei.

Lembro aqui a dificuldade de se tirar conclusões em doença de evolução tão variável, o que me faz lembrar as observações de Trousseau que, embora antigas, são sempre novas, e que citei em um trabalho que fiz há tempos sobre a coqueluche, nas quais o mes-

tre mostrava que quanto mais curto for o período de invasão, mais curta será a duração total da moléstia.

E' estranho, como já fizeram ver outros colegas, a maneira de administrar a sulfanilamida em doses iguais para qualquer idade. Estando a ação desta droga condicionada à sua concentração no sangue, é evidente que variando o peso e ficando fixas as doses, o critério de ação terapêutica fica muito prejudicado.

Aliás, da leitura das observações verifica-se que em pelo menos dois casos a terapêutica pareceu fracassar e em outros pareceu eficiente, deixando a interrogação sobre se os sucessos e fracassos estavam na dependência de ter havido ou não concentração no sangue.

Eu tomaria a liberdade de sugerir ao dr. Moraes Barros que fizesse estas verificações e, além disto, procurasse casos no período catarral para averiguar se a positividade do espuo no "método da placa" é modificada pela terapêutica preconizada e, com isto, ficaríamos sabendo se a medicação age e como age.

Para terminar, creio que as ponderações do dr. Vicente Ferrão são muito razoáveis, pois esta epidemia de coqueluche tem algo de suspeita.

Dr. Armando de Arruda Sampaio — A gravidade da coqueluche e a ausência de um tratamento específico da moléstia justificam todos os esforços realizados no sentido de se alcançar êsse objetivo ou de se conseguir um meio profilático eficaz. No que respeita à imunização, trabalhos recentes americanos vêm confirmar as esperanças que foram depositadas na vacina de Sauer, preparada com o hemófilo na fase I da cultura, segundo técnica que assegura ao germe o seu poder antigênico máximo; essa vacina se mostrou satisfatória, conforme recente publicação de técnicos de Departamento de Saúde de Boston; comparada à imunização tentada pelo método de Lederle, à custa do toxoide, a obtida por aquele meio se

mostrou muito mais eficaz. Neste terreno avançamos, portanto de modo real, mas o tratamento continua decepcionante, tanto mais quanto maior é o número de medicamentos preconizados. Esta circunstância explica a atitude de reserva e de ceticismo, como acentuou o Dr. Vicente Ferrão, com que os pediatras acolhem as observações sobre novos medicamentos propostos para a cura da coqueluche. Mas as observações apresentadas pelo Dr. Jorge Moraes Barros me parecem bastante sugestivas, ainda que tenham sido feitas apenas clinicamente, isto é, desacompanhadas de controle bacteriológico e bioquímico, como fez ver o Dr. Gomes de Mattos. Sou o primeiro a reconhecer as dificuldades com que se defronta a assistência prestada em muitos dos nossos ambulatórios, no que se refere à obtenção de exames complementares que permitam acompanhar os casos com maior rigor; são justificáveis, porisso, na prática diária, as insuficiências de controle quando da administração das sulfanilamidas, controle em geral difícil para a maioria dos nossos ambulatórios de puericultura, nos quais o pediatra se vê a êste respeito, na contingência de acompanhar apenas clinicamente os doentinhos. Quanto à clínica privada, ficamos sempre na dependência das possibilidades econômicas dos pais, impotentes, tantas vezes, diante dos altos preços desses exames. Mas é evidente que sempre que possível, tais omissões devem ser evitadas. Estas falhas, privando as observações de rigor objetivo, deixam-nos expostos aos perigos do autismo, isto é, daquela atitude do espírito que nos leva a ver as coisas como desejamos que elas sejam e não como elas realmente são. Este perigo é tanto maior quanto mais variável fôr o quadro clínico da moléstia em observação, como é o caso da coqueluche, cuja evolução e gravidade variam tanto de indivíduo para indivíduo e de epidemia para epidemia. Em relação a êste particular, a atual epidemia apresentou

- ABCESSOS FRIOS
- ABCESSOS GANGLIONARES
- OSTEITES
- ÓSTEO-ARTRAITES
- ADENITES CERVICIAIS
- ADENITES INGUINAIS

A atual substância modificadora dos
focos tuberculosos:

GABUSAN

Inverte a fórmula leucocitária,
transformando os processos crô-
nicos ou tórpidos em processos
de rápida evolução para a cura

INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL
RUA FERREIRA PONTES 148 - RIO DE JANEIRO

COPIOSA LITERATURA NACIONAL E ESTRANGEIRA
À DISPOSIÇÃO DOS INTERESSADOS.

casos de coqueluche franca, alguns bastante graves, perfeitamente adequados, porisso, ao tipo de observação que o Dr. Morais Barros realizou; não tive a mesma impressão que o Dr. Vicente Ferrão, para quem predominaram os casos brandos e mesmo levíssimos. Eu me incluo entre aqueles que irão experimentar o método de tratamento defendido pelo Dr. Morais Barros. O conferencista fez referência de passagem ao emprego do extrato dito anti-tóxico do fígado: sou dos que pensam que esse é um dos muitos medicamentos de que lançamos mão por mera sugestão, por puro autismo; acreditamos nêles sem que eles tenham qualquer atividade, vendo os seus efeitos, ainda que esses efeitos não existam. Da comunicação do Dr. Jorge Morais Barros evidencia-se o empenho em apresentar os seus casos com minúcias e em tê-los observado com a preocupação da objetividade. Essa comunicação a meu vêr é, como disse, bastante sugestiva e digna de ser levada em conta para posteriores verificações, que o próprio A., como declarou, irá realizar. Esperamos vêr confirmada no futuro a tão auspiciosa impressão clínica do Dr. Morais Barros acêrca da eficácia das sulfas, notadamente o sulfatiazol, no tratamento da coqueluche.

Ao Dr. Rittes que, acreditava na possibilidade da coqueluche atacar o mesmo individuo, por duas vêzes, estando tal fato na dependência de causas especialíssimas do organismo. Entretanto, acessos paroxísticos podem ser renovados na mesma criança, após a cura da coqueluche, por questão de ter adquirido o hábito ou por efeito psíquico.

Em sua prática de 18 anos, tinha visto crianças que, após estarem curadas há 1 ou 2 meses, desde que ficaram resfriadas ou com qualquer processo inflamatório das vias respiratórias, voltaram a tossir como antes, por terem adquirido hábito de tossir daquela maneira (acessos paraxísticos).

Ao Dr. Osvaldo de Souza e Silva, com referência à aplicação das

doses, estas eram mais ou menos as mesmas, com pequenas variações para mais ou para menos, de acôrdo com a idade e pêso da criança, porém, sempre respeitando a dose útil, indicada pela posologia universal que varia de 0,15 a 0,25 por quilo de pêso e por 24 horas.

Ao Dr. Conti, que de fato fôra por êsse procurado e tivera ocasião de tratar de seus dois filhos, aplicando o seu método de sulfanilamida. Termina agradecendo as boas referências feitas a seu respeito.

Ao Dr. Zerbini, quanto ao controle da dose de sulfa no Brasil, como se faz na América do Norte, disse ser preciso reconhecer a grande difereença que existe entre os Estados Unidos da America do Norte e os Estados Unidos do Brasil. Enquanto aqui, lutamos com falta de recursos, nas clínicas gratuitas ou no consultório, nos Estados Unidos existem as clínicas médico-hospitalares, com laboratórios anexos e todo o aparelhamento necessário para pesquisas.

Ao Dr. Gomes de Mattos, disse que o método era dado mais ou menos empiricamente, durante 9 dias e com doses não tóxicas para o organismo, baseado nas doses determinadas pela posologia universal. Disse que era seu pensamento trazer o assunto mais uma vez para a apreciação dos colegas, esclarecendo outros pontos essenciais como era desejo do colega, principalmente no que se refere a ação das sulfas sobre o Hemófilus pertussis, à saturação no sangue e eliminação. Esperava que os colegas empregassem o método baseando-se exclusivamente, por enquanto, nos magníficos resultados clínicos já obtidos e pedia a colaboração dos mesmos para possíveis correções ou modificação, visando melhorar o método.

Ao Dr. Vicente Ferrão, respondeu que também chegou a ter momentos de seticismo, mas que no momento está convencido sobre o valor das sulfas no tratamento da coqueluche. Pedia licença para dis-

cordar do colega, quando se referia ao surto atual da coqueluche, chamando-o de "surto benigno" o que "teria influenciado nos bons resultados das observações". Disse que o colega Dr. Ferrão tivera mais sorte do que ele. Enquanto o colega teve apenas casos benignos, ele tivera graves. Discordava também dizendo que existem apenas "surtos" com maior ou menor número de casos e que a gravidade ou benignidade dos casos dependiam apenas do terreno em que a coqueluche se implantava: idade, constituição da criança, etc.. Aparteando, disse o Dr. Ferrão que no verão a intensidade da coqueluche era muito menor do que no inverno e em outras estações, o que, tinha certeza, não era ignorado pelo Dr. Moraes Barros.

Disse o Dr. Moraes Barros que não podia de todo contestar, pois em outros países, as estações do ano eram bem delimitadas, enquanto no Brasil, não. Em nossa cidade, em geral, tôdas as doenças parecem ter mais gravidade no inverno devido à humidade. Entretanto, em 18 anos de clínica, nunca pude classificar este surto de "benigno" e aquele de "grave", mas a existência de casos graves e benignos dentro do mesmo surto.

Quanto ao período catarral, que o Dr. Gomes de Matos pedia para que fosse precisado o seu início, disse que é sabido por todos que é impossível delimitá-lo. Sabemos que ele se instala quando a criança começa a tossir mais violentamente, com acessos paroxísticos, guinchos, etc.

SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA, EM 18 DE MARÇO DE 1946

Presidente: Dr. J. E. Rezende Barbosa

Sistematização do tratamento das laringo-traqueo-bronquites agudas na infância — Drs. Plínio de Matos Barreto e Jorge Barretto Prado — Os AA. disseram em primeiro lugar que, com prazer vieram atender a um convite do Sr. Presidente, para apresentar aos colegas os métodos de tratamento que ultimamente estavam usando, sistematicamente nos seus serviços no Sanatório Esperança e Hospital das Clínicas, porque estavam convencidos da real eficácia do método que vinham seguindo.

Lembram que aos endoscopistas, no geral, chegavam apenas os casos graves ou complicados, pois que os outros eram resolvidos pelos pediatras ou pelos colegas otorrinolaringologistas. Os AA. na grande maioria dos casos que observaram, verificaram que tinha havido dificuldade em primeiro lugar com o diagnóstico e em segundo lugar dificuldades para o tratamento, tanto a domicílio como em hospitais não aparelhados para enfrentar as complicações das laringo-traqueo-bronquites. Disseram

que em nosso meio está muito generalizado o hábito de instituir-se o tratamento anti-diftérico em todos os casos com obstrução laringea, e referiram-se a numerosos casos de pacientes que foram encaminhados ao Hospital do Isolamento e nos quais, mais tarde poudeser firmado o diagnóstico de corpo estranho ou de uma laringe traqueo bronquite aguda não diftérica.

Realmente disseram eles, o diagnóstico diferencial precoce só poderá ser estabelecido com o auxílio da laringoscopia direta e quem a praticar deverá estar aparelhado para colher material para exames de laboratório, para uma bronco-aspiração, para uma possível remoção de um corpo estranho e também para uma eventual traqueotomia.

Referiram-se aos diferentes tipos de casos, desde aqueles de menor gravidade até aqueles que poderiam ser classificados de casos fulminantes.

Quando as condições dos pacientes permitiam, depois de uma

cuidadosa anamnese, faziam exames radiológicos do tórax e do pescoço em perfil, para determinar as condições dos campos pulmonares e do mediastino torácico e cervical.

Com estes exames poderiam esclarecer a situação da lanrige e da traqueia e verificar a presença de corpos estranhos ou de massas ganglionares, de uma hipertrofia de timus na parede posterior da laringe ou de formações tumorais ou císticas, que poderiam estar obstruindo as vias aéreas.

Depois dos exames radiográficos, que são feitos enquanto se espera a ação de uma dose conveniente de cardiazol-efedrina, passam ao exame endoscópico.

Com o laringoscópio pode-se examinar as amígdalas e expor rapidamente a laringe das creanças sem necessidade de qualquer anestésico.

O diagnóstico das laringo traqueo bronquites deve ser feito rapidamente e a colheita de material para exame deve ser praticada sem causar qualquer traumatismo para a laringe que já está infiltrada.

Removidas as falsas membranas ou corpos estranhos, que possam existir, ou colhido o material para exame, procuram avaliar o grau de infiltração da subglote e praticam ou não a passagem de um broncoscópico para a aspiração das secreções que estão retidas nas vias aéreas inferiores.

Se julgam necessária a traqueotomia, esta é feita enquanto a creança permanece intubada com o broncoscópico.

Logo, depois, aplicam revulsivos externos no pescoço, e as creanças são colocadas em tendas de oxigênio, saturadas de humidade.

Chamaram a atenção, para a grande importância, para o grau de humidade na atmosfera em que devem ser mantidas as creanças, especialmente aquelas que forem traqueomatizadas. Há uma maior tendência ao ressecamento das secreções nestas creanças traqueomatizadas e elas poderão ficar asfixiadas por verdadeiras rolhas de

secreção se não forem cuidadosamente observadas e atendidas.

Além disso, iniciam sem mais demora uma terapêutica que visa manter a creança convenientemente hidratada e desintoxicada e, empregam altas doses de Penicilina, administrando concomitantemente a Soluthiazamida a 22%.

Mais tarde conforme os resultados dos exames de laboratório, ou continuam só com estes medicamentos ou empregam os séros específicos ou iniciam as vacinas preparadas com cultura do material colhido no primeiro exame endoscópico.

Comentários: Dr. Prudente de Aquino fez menção a dois casos fulminantes que teve oportunidade de observar, um deles mesmo em companhia do Dr. Plínio de Mattos Barretto. Em menos de 20 horas, vieram a falecer apesar dos cuidados terapêuticos que puderam ser tomados. Ele pediu ao Dr. Plínio, para falar alguma coisa mais a respeito dos germens mais frequentemente encontrados.

Dr. Espírito Santo. — Falou na necessidade de salientar a importância do fator constitucional da creança em relação à frequência e evolução da moléstia. Ele considerava que todos esses casos que poderiam mesmo dispensar os cuidados do pediatras, fossem tratados em estreita colaboração para que pudessem ser tomadas todas as medidas terapêuticas indicadas de acordo com o estado constitucional do enfermo, e com a gravidade da moléstia. Ele tomava a iniciativa de convidar os A.A. para repetir sua palestra na Secção de Pediatria, onde certamente seriam ouvidos com o maior interesse.

O Dr. Mário Ottoni de Rezende, disse que mais uma vez tinha sido cabalmente demonstrada a gravidade do problema do diagnóstico das laringotraqueobronquites, problema este que só poderia ser resolvido em hospitais convenientemente aparelhados. Ele aconselhava que todos os casos fossem hospitalizados e con-



Produtos Terapêuticos S.A.



*A procedência do produto é garantia
para o médico e para o doente*

tinuassem aos cuidados dos pediatras e dos endoscopistas. A dificuldade estava justamente na falta de hospitais com centros de endoscopias bem organizados.

Dada a rapidez de evolução e a gravidade assumida pela moléstia, neste caso seria indispensável que todos os hospitais não só os da Capital como os do interior organizassem os seus centros de endoscopia.

Lamentava que o dr. Plínio Barretto, não tivesse conseguido formar até hoje um maior número de discípulos para atender a esta imperiosa necessidade.

Dr. Plínio de Mattos Barretto, respondendo pela ordem disse: que tinha procurado se limitar às questões do diagnóstico e tratamento e em publicação que pretendiam fazer em futuro próximo, abordariam com detalhes a questão da etiologia da moléstia. Mas para responder ao dr. Aquino diria que já tem verificado outros casos, em que obteve cultura pura de bacilos coli. Ultimamente tinham tido uma série de três casos em que predominavam os "Diplococcus Pneumoniae".

Sobre a prescrição dos aparelhos auxiliares do surdo — J. E. de Rezende Barbosa. — Diz o A. que irá fazer um apanhado geral sobre o estado atual da prescrição dos aparelhos auxiliares do surdo, tal como já fizera há 4 anos, procurando mostrar os recentes progressos na construção dos aparelhos.

Na prescrição de um aparelho auxiliar do surdo, quando se trata de um caso cientificamente indicado, o primeiro obstáculo em que tropeça o especialista, comum em nosso meio como em outras regiões, é o da resistência psicológica ao uso do aparelho por parte do próprio paciente, especialmente quando do sexo feminino. Certos pacientes, ao procurarem o especialista em busca de um lenitivo para sua hipocausia, jamais avaliam a possibilidade do uso de um dispositivo mecânico apenso às suas vestes e visível em seus ouvidos. Quan-

do recebem o veredictum da necessidade do uso de um aparelho, exprimem decepção e negam-se de imediato ao uso do mesmo. De sobreaviso deve ficar o otologista com tais pacientes. Começar demonstrando suas vantagens, experimentando o aparelho no paciente, no consultório e por poucos instantes, afim de que o mesmo aprecie a amplificação sonora e insinuando ao mesmo que o seu caso não necessita de uma prótese imediata a não ser que a deseje. Com grandes probabilidades si se tratar de um caso deverás indicado, o paciente voltará ao consultório dias após ou bem mais tarde desejoso pelo uso do aparelho.

De outro lado, certos pacientes, especialmente mulheres, ao procurarem o especialista para indicação de um aparelho protético, pois já estão dispostos a csa-lo, rebelam-se ao verificarem que o "tal" aparelho compreende um conjunto de microfones, baterias, receptores, fios, etc., mais ou menos visíveis aos olhos mais curiosos e retrucam que desejam uma pequena "peça", única, muito pouco visível e que se adapte perfeitamente ao meato auditivo externo, sem pilhas, fios ou qualquer outro dispositivo. A habilidade e paciência do especialista serão postos então à prova afim de contornar esse obstáculo mixto de vaidade e ignorância.

A função principal do especialista na prescrição dos aparelhos auxiliares do surdo pode ser subdividida em etapas: a) inspeção das partes visíveis do aparelho auditivo e vias aéreas superiores; b) determinação das características físicas dos segmentos invisíveis do aparelho auditivo, com rigorosa medida da capacidade auditiva do paciente, inclusive interrogatório audiométrico das vias aéreas e óssea; c) indicação e seleção do aparelho, seu tipo e transmissores; d) adaptação e uso do mesmo. Tests de eficiência e inteligibilidade entre os diferentes tipos de aparelhos. Uso, conservação e rejuvenescimento

das pilhas. Modelagem do conduto.

A inspeção dos segmentos visíveis do aparelho auditivo e vias aéreas superiores constitui uma rotina necessária, principalmente afim de verificar a existência de processos patológicos ativos, agudos ou crônicos, constituindo obstáculos no conduto e ouvido médio.

A determinação das características físicas dos segmentos invisíveis resume-se em uma acumetria rigorosa, tanto pela transmissão aérea quanto pela óssea, verificando-se, também, si se observa ou não o fenômeno do recrutamento do volume sonoro. Todos os tests e processos acumétricos devem ser balanceados, mas o exame audiométrico constitui a figura central, pois o audiograma fornece todos os elementos necessários para uma prescrição rigorosa. A capacidade auditiva em relação às frequências da linguagem falada deve ser avaliada por ambas vias de transmissão, pois será em relação a essas frequências que a amplificação deve ser feita. Neste capítulo o especialista necessita possuir certos conhecimentos de física aplicada. O ouvido humano normal é capaz de perceber sons desde 16 ciclos até 32.000 ciclos. Praticamente esses limites situam-se em 20 e 25.000 ciclos, números esses que constituem os limites inferior e superior de nosso campo ou área auditiva. A linguagem falada, normal, compreende sons de frequência que variam de cerca de 90 a 8.000 ciclos, sendo que as vogais são de sonoridade mais para o grave, abaixo de 1.000 ciclos, e as consoantes são de características mais agudas, acima de 2.000 ciclos. Além do mais, as vogais são pronunciadas com maior intensidade que as consoantes, daí as grandes oscilações em frequência e intensidade que nosso ouvido precisa registrar. Por exemplo: em uma conversa regular, em ambiente adequado, a um metro de distância, a intensidade da linguagem falada oscila em média ao redor

de 56 decibels. As vogais á, ó, apresentam 60 db. de intensidade. Quasi todas as demais vogais e as consoantes r, l, apresentam a intensidade de 50-60 db., pelo menos na língua inglesa, de acordo com a explicação de Gordon Berry. As consoantes oscilam de 40-50 db., excepto p, d, b, k, denominadas consoantes fracas, cujas intensidade oscilam de 38-40 db. Esse exemplo já nos fornece uma vaga idéia da complexidade e dificuldade da amplificação mecânica da voz humana por meio de um aparelho auxiliar do surdo. Uma amplificação uniforme favorecerá sem dúvida os sons graves em detrimento dos sons agudos, pois por princípio de física sabemos que um som grave intenso ensurdece um som agudo fraco. Impõe-se, portanto, a necessidade de uma amplificação seletiva. Existe ainda o fato de que na linguagem falada os sons graves contribuem para a sua intensidade, enquanto que a inteligibilidade da mesma depende das consoantes. O ideal de um aparelho auxiliar seria aquele que fornecesse uma amplificação desejada seletiva e entre os limites de 90 a 8.000 ciclos. No entanto, todos dispositivos mecânicos de transmissão e amplificação estreitam esses limites, permitindo somente um efeito localizado em determinada zona do espectro sonoro. O sistema telefônico, por exemplo, transmite vibrações sonoras de 300 a 2.500 ciclos, enquanto que o rádio e conjuntos amplificadores transmitem vibrações de 200 a 3.500 ciclos.

Conhecidas essas propriedades físicas do aparelho auditivo humano e dos sistemas amplificadores, o especialista encontra-se habilitado a selecionar o aparelho adequado ao caso, bem como, de acordo ainda com o audiograma, indicar o uso do transmissor aéreo ou ósseo e o ouvido a ser aproveitado. O ideal seria que o otologista possuísse à mão diferentes tipos e marcas de aparelhos. Entretanto, mesmo que es-

se requisito não possa ser preenchido, o mesmo poderá estar ao par das vantagens e desvantagens dos tipos a carvão e válvula, bem como ter conhecimento das características físicas de cada aparelho, sua amplificação e entre que limites de nosso campo auditivo essa compensação se processa. De uma maneira geral os aparelhos a carvão apresentam distorsão não linear, o que implica na limitação da amplificação. Nesses tipos, a carvão, a intensidade sonora que alcança o ouvido não é proporcional àquela que impressiona o microfone. Nos aparelhos a válvula, a distorsão é quase que nula, permitindo uma amplificação praticamente ilimitada, auxiliada por uma ótima filtragem por meio da qual pode-se atenuar os sons graves sem perturbar os agudos, aumentando a inteligibilidade da voz.

Pela lista seguinte, obtida de um trabalho norte-americano, podemos ter uma noção das características de alguns aparelhos existentes no comércio e aceitos pela Associação Médica Americana. Nela podemos apreciar a zona de amplificação e a sua intensidade média em decibels.

| | Frequências | Média de amplificação |
|------------|-------------|-----------------------|
| Acousticon | 256-2048 | 34 db. |
| Aladdin | 512-2048 | 20 db. |
| Aurex | 512-2048 | 27 db. |
| Maico | 1000-5000 | 30 db. |
| Otarion | 512-2048 | 35 db. |
| Telex | 512-2048 | 30 db. |
| Radio-ear | 512-2048 | 34 db. |
| Vacolite | 512-2048 | 30 db. |

As vantagens e desvantagens dos tipos a carvão e a válvula podem ser resumidas, de acordo com o relatório de Gordon Berry em:

Tipo carvão: a) Vantagens: 1. pequeno e leve; 2. já teve tempo para ser aperfeiçoado; 3. consome menos eletricidade; 4. é adequado para surdez de pequeno grau (20 a 60 db.). — b) Desvantagens: 1. amplificação de frequência limitada (300-3000); 2. apresenta distorsão não linear; 3. am-

plificação desigual; 4. menos indicado para as surdez de percepção devido à essas 4 faltas; 5. tendência à fixação dos granulos de carvão; 6. microfone deve estar sempre em posição vertical.

Tipo válvula: a) Vantagens: 1. intensifica todas frequências da linguagem falada; 2. não apresenta distorsão; 3. a amplificação seletiva torna esse tipo indicado para as surdez de percepção (quêda acentuada acima de 2.000 ciclos); 4. é eficiente em todas posições. — b) Desvantagens: 1. é mais pesado e maior; 2. de construção recente, não tendo ainda muito tempo para evoluir e aperfeiçoar-se; 3. é caro e consome mais eletricidade.

Compete ao especialista provar a eficiência com os diferentes aparelhos por meio dos tests de inteligibilidade da voz falada em diferentes condições. Explicar ao iniciado como e quando usar o aparelho, como resguarda-lo de acidentes e como conserva-lo.

O otologista deve conhecer, também, as pilhas, suas respectivas voltagens, como usa-las, conserva-las e rejuvenece-las. Saber que os aparelhos a válvula consomem mais energia, e necessitam de 2 pilhas: A e B. Enquanto uma alimenta o filamento do tubo penodo a outra alimenta a placa. A pilha A é de 1,5 volts e a B varia de 30 a 40 volts, mais ou menos. O tempo médio de vida da pilha A é de 15 a 24 horas, enquanto que a B dura de 300 a 400 horas, mais ou menos. Portanto, todo paciente deve possuir, para maior economia e conservação, 7 pilhas A, usadas em rodizio cada dia da semana, e uma pilha B. A noite desligar somente a pilha A. As pilhas podem ser recarregadas com aparelhagem adequada. Entretanto, um meio muito simples e prático de vitalizar baterias já exgotadas, fornecendo-lhe mais algumas poucas horas de vida, é o seguinte, deduzido de uma nota publicada há tempos na *Volta Review*: retirar todo envoltório de cartão da pilha, perfurar o zinco em diferen-

Penicilina C.S.C.

(COMMERCIAL SOLVENTS CORPORATION)

SAL SÓDICO, CRISTALIZADO

NÃO REQUER REFRIGERAÇÃO!



O INSTITUTO MEDICAMENTA FONTOURA S. A. — como representante exclusivo da Commercial Solvents Corporation, Terre Haute, Indiana, U.S.A. — tem o privilégio de anunciar, com absoluta primazia, o recebimento da nova Penicilina C.S.C., de fabricação de sua representada. A Penicilina C.S.C., representada por FONTOURA, possui as seguintes características especiais que a distinguem de maneira inconfundível:

- 1.º - Muito maior potência (1.500 unidades por miligrama);
- 2.º - Não requer refrigeração, devido à estabilidade máxima;
- 3.º - Tolerância local e geral máximas, devido à ausência de impurezas;
- 4.º - Côr branca, (dando soluções incolores);
- 5.º - Apresentação cristalina.

Representante Exclusivo:

Instituto Medicamenta Fontoura S.A.

Estabelecimento Científico-Industrial — São Paulo - Brasil

tes pontos com uma simples agulha e mergulhar a pilha em um copo com um 1/3 de água fria e 1/4 de colher de chá de sal de cozinha. A pilha deve ficar com sua extremidade superior cêrca de um centimetro acima do nivel da água afim de não molhar a ligação. Permanecer imersa 24 horas ou mais. Verificado o restabelecimento da carga elétrica, fechar os orificios do zinco com cêra de vela, recolocar novo envoltório de cartolina.

Quando do uso de um transmissor aéreo, cada paciente deve, preferencialmente, usar um bem apropriado às reintrancia do conduto e concha próprias a cada individuo. Necessitará portanto de um modelo dessas partes afim de mandar construir um definitivo e de substância apropriada. Geralmente o odontologista ou as próprias casas vendedoras de aparelhos estão habilitados e aparelhados para tal mister. Somos de opinião que o próprio otologista deverá estar aparelhado para tal fim, pois às vêzes torna-se necessário. Os que se interessarem poderão aprender a técnica com grande rapidez e facilidade, guiados por odontologistas competentes. A mesma é fácil acessível e pouco dispendiosa de tempo e material.

Antes de finalizar o A. faz um apanhado sôbre o estado atual da

aparelhagem, mostrando um dos últimos tipos a válvula de grande seletividade e potência. Lembrou que todos os progressos atuais convergem para a fabricação de aparelho em um só conjunto — "All-in-one" —, dos quais já existem algumas marcas no comércio. Chamou atenção dos colegas para o último inquerito da Secretaria Geral da Federação das Sociedades Americanas para o Ensino do Surdo e Surdo-Mudo, Miss Josefine Timberlake, entre os engenheiros e técnicos de bom número de fábricas norte-americanas de aparelhos. Entre as diferentes perguntas formuladas os mesmos responderam que não está longe o dia da produção de aparelhos ainda mais potentes que os atuais mais baratos; da estandarização das baterias, fios e conexões; da fabricação de aparelhos com colorido adequado, etc., etc. Lembrou também esses engenheiros que, ao contrário do que pensam alguns leigos, algumas das potentes armas de guerra, inclusive o radar, não vieram beneficiar o surdo de uma maneira direta, mas indiretamente, pois alguns dos dispositivos vitais desses aparelhos estão sendo atualmente empregados para o progresso na construção dos aparelhos auxiliares do surdo.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE MARÇO DE 1946

Presidente: Dr. Hélio Lourenço de Oliveira

Aspectos evolutivos de disseminações tuberculosas hematogênicas em adultos — Dr. Carlos de Oliveira Bastos. — O A, após rápida digressão sôbre os modos de propagar-se dos focos tuberculosos, se detêm no estudo das disseminações hematogênicas que ocorrem como primeira manifestação clinica da tuberculose em doentes até então não reconhecidos como tuberculosos.

Cita a seguir as suas observações de dois casos de sua clinica particlar, ambos ocorridos em

mulheres quinquagenárias e nos quais as disseminações tiveram evoluções diametralmente opostas.

Enquanto o primeiro caso, cujo periodo de observação foi de quatro anos, evoluiu para a cura, com o desaparecimento das manifestações clinicas e radiológicas, o segundo evoluiu rapidamente para a tísica pulmonar terciária e para a escrofulose ganglionar, encontrando-se atualmente a doente em condições precarissimas locais e gerais, que admitem o êxito letal muito próximo.

Ambos os casos são documentados com radiografias em séries, que põem à mostra as evoluções citadas.

Insiste o A. sobre os problemas de diagnóstico e prognóstico que tais casos encerram e a seguir procura interpretá-los à luz dos modernos conhecimentos da Tisiogênese e das doutrinas admitidas sobre o início e a evolução da tuberculose pulmonar do adulto.

Terminando, e com base na interpretação clínica e radiológica que dera a seus casos, admite, com as possíveis ressalvas inerentes à natureza do assunto, que o primeiro teria sido devido ao exacerbar-se de focos antigos de disseminações hematogênicas pregressas, ao passo que o segundo caberia bem dentro da primo-infecção tuberculosa do adulto, da qual faz a seguir uma breve dissertação.

Comentários: Dr. José Ramos Júnior — Na exposição dos seus dois casos de tuberculose pulmonar, apresentou o Dr. Carlos de Oliveira Bastos um resumo sobre a disseminação hematogênica e os pilares mais importantes sobre os quais está construída a tisiogênese.

Na interpretação final dada ao primeiro caso discordaria na verificação da chapa radiográfica, dizendo que restaram a retração da base do hemitórax esquerdo e um campo de endurecimento mais ou menos extenso nessa base pulmonar, residuo de infiltração decorrente de disseminação hematogênica progressa.

Sobre o segundo caso, a afirmação sem autópsia (as vezes

mesmo com o estudo necroscópico é difícil), sem as verificações do estado de infecção tuberculosa anterior verificável pelos "tests" tuberculinico, de que se trata de uma tísica primária, achamos que é uma hipótese e não pode ser tida como uma interpretação.

Angiocardiografia com aparelho Roentgen-fotográfico. — Drs. Horácio Kneese de Melo, Durval Zomignan Amorim e Silvio Lindenberg. — Inicialmente foi dada a técnica empregada pelos A.A., que consistiu na obtenção de chapas roentgenfotográficas seguidas, após a injeção rápida, numa veia do cotovelo, de 20 cc de uma solução de ortoiodo-hipurato de sódio, a 60% (Nefropac "Isa").

Em seguida foram apresentadas as roentgenfotografias de 2 casos, um com comunicação inter-auricular e outro com persistência do canal arterial, sendo visualizado o contraste na veia cava superior, nas cavidades cardíacas, na artéria pulmonar e na aorta.

As vantagens do método empregado pelos A. A. são:

1) obtenção de angiocardiografias com aparelho roentgenfotográfico, o que faz com que não seja necessária qualquer aparelhagem especial para a transposição rápida das chapas;

2) emprego de um contraste existente no mercado, em concentração e volume iguais aos usados para a urografia descendente e menores do que os que têm sido usados pelos outros autores, para a visualização das cavidades cardíacas.

SECÇÃO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA, EM 22 DE MARÇO DE 1946

Presidente: D. M. Roxo Nobre

Cirurgia dos tumores ósseos — Dr. Orlando Pinto de Souza. — Comentários: Rr. Domingos Defini — Disse que apreciara a co-

municação, porém, julgava ter o autor se exagerado quanto às conclusões para adotar a ressecção dos tumores.

Que de fato não havia estrita colaboração entre o clínico e o radiologista, porém, que tal situação, evidentemente, não poderia permanecer indefinidamente. E que seria interessante melhorar a situação.

Referindo-se a Ferguson, disse que este havia sido obscuro condenado a amputação precoce sem dizer, entretanto, quando se devia amputar.

O Dr. Pinto de Souza, abrindo um parentesis para dizer que havia, de proposito provocado os comentários ao seu trabalho, disse que acreditava não ter o Dr. Defini ouvido bem ou, pelo fato de ter chegado após o inicio da leitura do trabalho, pois que o A. fez alusão ao fato de não estar o caso esclarecido sob o ponto de vista clinico e patológico e anatopatológico.

E que devia ser afastada a dúvida quanto á categoria do tumor. Quanto á melhoria proposta pelo Dr. Defini — prosseguiu o A., uma vez afirmada a malignidade do tumor não haveria mal algum em ressecá-lo e que não tendo ainda aparecido algo de bom no sentido do caso, urgia se fazer algo em tal sentido.

Radioterapia dos tumores ósseos — Dr. M. O. Roxo Nobre — Disse que teceria considerações rápidas sobre o seu trabalho, para não tomar muito tempo.

Tecendo considerações de ordem geral, expôs na tela uma série de casos por ele tratados, muitos dos quais conhecidos dos colegas, dizendo só ser possível a radioterapia depois de bem determinada, isto é, diagnosticada, a natureza do processo patológico.

Depois de apresentar os casos que tinha tratado pela radioterapia, com êxito, concluiu pela opinião de que deveria ser associada a cirurgia à radioterapia, as quais juntas conseguiriam obter muitas vezes magníficos resultados no tratamento dos tumores ósseos.

Comentários: Dr. Domingos Defini — Disse que apreciara a exposição e que, diante das duas comunicações feitas naquela seção achava possível poder chegar a resultado razoável no tratamento dos tumores ósseos, desde que se associasse a radioterapia à cirurgia.

Respondendo o Dr. M. O. Roxo Nobre disse: Que havia apreciado, de modo geral, os comentários feitos ao seu trabalho e que o doente candidato à radioterapia precisa: 1.º Diagnóstico histopatológico ou de laboratório de sua doença; 2.º Tratamento clínico pré-radioterápico, se necessário.

Disse mais ser de sua opinião que a radioterapia era mais cirurgica do que clinica.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE MARÇO DE 1946

Presidente: Dr. Adel Guimarães Barbosa

Amebíase pulmonar — Dr. Adel Guimarães Barbosa — Teceu considerações a respeito, pondo em evidência a importância da emetina nos casos da amebíase pulmonar.

Disse que os casos de infestação por amebas em número de 2.000.000, na Inglaterra elevam-se a 12.000.000 nos Estados Unidos.

Citou então quatro casos por ele tratados:

46)

1. caso — Um senhor de 30 anos, antecedentes sem importância. Tratava-se de um abcesso no pulmão, sendo instituída a emetina com resultado brilhante.

2.º caso — Caso no Clemente Ferreira, ficando em dificuldade para saber qual terapêutica deveria ser instituída.

3.º caso — Também conhecido pelo Dr. Cyro de Lauro, tinha o paciente 52 anos, antecedentes sem importância, prisão de ven-

tre habitual, ficando até cinco dias sem evacuar. Dores abdominais intensas tratado com emetina, ficou completamente bom.

4.º caso — Presenciado também por alguns colegas — Paciente 52 anos, dores abdominais. O doente relatou ter escarrado cõr de chocolate tendo havido completa regressão, com o tratamento pela emetina.

Teceu algumas considerações mais, dizendo que vinha instituindo a emetina sempre nos casos de supurações pulmonares obscuras.

Comentários: Dr. Fleury — Lembrou um artigo de Bunting em que encontrara verdadeiros trombos na veia cava e ramos da artéria pulmonar.

Dr. Ruy Doria — Que em S. José dos Campos a ameíase é comum e que até êle mesmo já sentira, nunca se tendo visto, entretanto, abcesso do pulmão.

Casos houve em que êle aplicara emetina, não tendo observado melhora e que uma doente, apesar de tratada com emetina morreria.

Dr. Clovis Correia — Que dos casos apresentados, uma radiografia havia sido feita por êle, só tendo havido um exame.

Como o doente estava para ser despejado de uma garage, pediu que fosse internado. E que dos casos observados, um dêles foi tratado com emetina, satisfatoriamente.

Concordava com o Dr. Doria, quanto ao fato de se fazer emetina em São José sem resultados.

Dr. Uzeda — Disse se tratar de um problema difícil a ameíase

não só no Brasil como nos Estados Unidos, achando ser o tratamento com a emetina muito mais agressivo.

Citou um doente conhecido dos colegas, de São Paulo, e que houvera iniciado o tratamento na Capital como ameíase indo depois operar-se na América do Norte, onde falecera, entretanto, cancer.

Outro caso de uma senhora que tendo escarrado cõr de chocolate êle houvera pedido novo exame de escarro apresentando-se então o resultado com abundância de bacilos de Kock.

Julgava os casos apresentados pelo Dr. Adel interessantíssimos, porém em sua opinião a terapêutica mais indicada era o Yatren e Enterovioformio.

Dr. Botelho — Disse que simplesmente lembrara, em face da exposição do Dr. Adel, que havia um artigo de Oclisner e Bakay sôbre tal assunto e que seria interessante o Dr. Adel tomar conhecimento.

Respondendo, disse o Dr. Adel já ter conhecimento do trabalho de Bunting e que se tratava da obra clássica.

Que a maioria dos casos por êle tratados não haviam sido demonstrados, por falta de material.

Que concordava com a alusão do Dr. Uzeda de ser o problema bastante difícil, mesmo fóra do Brasil.

Respondendo ainda ao Dr. Uzeda no que disse acêrca da aplicação do cristel em gatinho e que tal processo não havia sido esquecido, e que não era aplicado pelas dificuldades do momento em se conseguir o gatinho, etc. etc.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 28 DE MARÇO DE 1946

Presidente: Drs. Eduardo Martins Passos e Franz Müller

Nossa experiência com o fator Rh. e nova técnica de Determinação do fator Rh. — Drs. Carlos da Silva Lacaz, Humberto Costa Ferreira e Osvaldo Mellone — I. Descoberta do fator Rh. Seu sig-

nificado na clínica. Estudos preliminares.

II. O fator Rh. Aglutininas anti-Rh.

III. Nomenclatura. Os vários tipos de sangue Rh. Estudo dos ge-

notipos do fator Rh. Hereditariedade do fator Rh.

IV. O fator Rh e sua importância na etiopatogenia da Eritroblastose fetal: A) Formas clínicas. B) Incidência. C) Sintomas. D) Etiopatogenia (prós e contras à teoria da isoimunização). E) Diagnóstico — ante e post-partum. F) Prevenção. G) Tratamento. Relação do fator Rh com abortamentos. O mecanismo da isoimunização.

V. Importância do fator Rh nas transfusões de sangue total.

VI. Recomendações especiais.

VII. Dados estatísticos. Distribuição geral do fator Rh.

VIII. Técnica para a determinação do fator Rh.

IX. Verificação e titulação das aglutininas anti-Rh. Importância dos anticorpos bloqueantes.

X. O fator Rh e sua importância na etiopatogenia de outras manifestações clínicas

Inicialmente, disse o dr. Lacaz ter organizado, juntamente com os Drs. Humberto Costa Ferreira e Osvaldo Mellone, um corpo de doadores Rh negativos, que apresentavam do ponto de vista prático um grande interesse. Ressaltou a importância dos estudos sobre o fator Rh. Trabalhando no assunto desde há alguns anos, pôde organizar um index bibliográfico sobre o fator Rh que está à disposição dos colegas interessados.

O conferencista, a seguir, fala da descoberta de Landsteiner e Wiener, mostrando que uma população branca podia ser preliminarmente dividida em dois grupos: Rh positivos (85 a 87%) e Rh negativos (16 a 13%). A aplicabilidade à prática, de tais pesquisas, só foi bem demonstrada por Levine, Stetson, Burnham e muitos outros. Verificou-se que indivíduos Rh negativos, recebendo transfusões sanguíneas, repetidas vezes, de doadores positivos Rh podia se imunizar, formando em seu soro anticorpos — aglutininas anti-Rh. Estas aglu-

tininas são as responsáveis pelo choque que pode então ocorrer em tais circunstâncias. O fator Rh veio explicar, satisfatoriamente, na grande maioria dos casos, a etiopatogenia de uma doença — a eritroblastose fetal. Admite-se hoje como exata, a possibilidade do fator Rh, uma vez herdado pelo feto, poder imunizar o organismo materno Rh negativo, formando-se no soro dessa última, anticorpos, os quais, passando da circulação materna para a fetal, determinariam a hemólise das hemácias fetais, e daí a eritroblastose em tôdas as suas formas clínicas (hidropsia, icterícia grave do recém-nascido e anemia hemolítica). Logo, toda a mulher, que por uma circunstância qualquer precisar receber transfusão de sangue, sendo Rh negativa, só deverá receber sangue de doador Rh negativo. Ainda mais, o feto ou a criança portadora de eritroblastose, tendo em seu sangue aglutininas anti-Rh, recebidas passivamente da mãe, só deverá receber sangue, igualmente Rh negativo.

Como as aglutininas maternas anti-Rh passam da circulação para o leite, o aleitamento materno é contraindicado, a não ser que se ferva tal alimento, para a destruição daqueles anticorpos.

A seguir, o conferencista passa a estudar o fator Rh, sua natureza, distribuição geral no organismo, citando os trabalhos de Boorman e Dodd, Landsteiner e Wiener e muitos outros. Estuda as aglutininas anti-Rh, os seus diferentes tipos, mostrando que com o auxílio de 3 tipos diferentes de aglutininas — anti-Rh, anti-Rh' e anti Rh'', era possível a classificação dos indivíduos em 8 tipos de sangue Rh.

Passa, então, a analisar a nomenclatura do fator Rh, os vários tipos de sangue Rh, sua incidência, assim como os genótipos do referido fator. Com dados atuais, passa a tratar da herança do fator Rh, classificando os indivíduos sob este ponto de vista em homozigotos e heterozigotos. Os indi-

viduos Rh positivos poderão ser homozigotos e heterozigotos (Rh Rh ou Rhrh) ao passo que os Rh negativos sómente poderão ser homozigotos (rrhh), possuindo os dois gens como caracteres recessivos. Isto é de grande importância para se poder verificar a incidência de filhos com eritroblastose em uma determinada descendência.

Ainda aqui, o A. passa a tratar do fator Rh de Levine, mostrando a importância do soro anti-Rh ou soro anti-st, para a classificação dos indivíduos Rh positivos em homozigotos e heterozigotos.

Analiza, depois, a importância do fator Rh na etiopatogenia da eritroblastose fetal, doença esta que se apresenta sob 3 formas clínicas principais. Cita as contribuições de Levine, de Katzin, Burnham, Potter, Macklin e entre nós as de Jorge de Rezende, Oteensoser e Ruy Faria. Mostra a importância do assunto sob o ponto de vista obstétrico. Relata as diversas formas clínicas da doença, seu mecanismo etiopatogênico, a isoimunização, a incidência nos diversos países, o diagnóstico ante e post-partum, a profilaxia e o tratamento, mostrando as grandes vantagens de se ter um corpo de doadores Rh negativos nas maternidades, para transfusões em crianças que nascem com eritroblastose, pois as transfusões com este tipo de sangue constituem a terapêutica principal nesta moléstia. A questão referente aos abortamentos repetidos é também ventilada.

Em seguida, o dr. Lacaz passa a tratar da importância do fator Rh nas transfusões sanguíneas repetidas, mostrando que todo o indivíduo Rh negativo só deverá receber sangue de doador Rh negativo, para não correr o risco da isoimunização.

Recomendações especiais são dadas aos interessados para a pesquisa do fator Rh, assim como para a verificação e titulação das aglutininas anti-Rh. O dr. Lacaz cita as diversas técnicas aconselhadas para a determinação do

fator Rh, salientando em nota prévia as vantagens do processo que preconiza, por ser prático e eficiente.

Relata, então, os detalhes do processo que apresenta à consideração dos colegas, o qual serve não só para a determinação do fator Rh, assim como para a verificação e titulação das aglutininas anti-Rh no soro e mesmo no leite. Os anticorpos bloqueantes (blocking agglutinins) são depois considerados pelo dr. Lacaz, o qual termina sua conferência citando os dados estatísticos que conseguiu colher em nosso meio, trabalhando com perto de 500 indivíduos brancos. A incidência de Rh positivos foi mais ou menos de 85%. O conferencista apresenta um quadro em que mostra a incidência do fator Rh em brancos, pretos, índios, japoneses e chineses.

Termina sua palestra, pedindo a colaboração dos obstetras e pediatras para a obtenção de material proveniente de casos de eritroblastose.

Comentários: Dr. Edgard Braga. — Disse que ouvindo a exposição do Dr. Lacaz acerca do fator Rh, ele se lembrava de antigas teorias, e consultava si a intoxicação na mulher não estaria girando em torno do fator Rh.

Dr. Francisco Cerruti — Dentre as numerosas noções que aproveitei de sua brilhante exposição, desejo realçar a tentativa moderna de se extrair da hemácia o fator Rh em estado de pureza e, ainda mais, por meio de inoculações repetidas, usá-lo para saturar as aglutininas anti-rh circulantes no sangue de mulheres Rh negativas portadoras de fetos Rh positivos. Esse bombardeio das aglutininas durante a gestação seria, como bem frizou o A., talvez a única terapêutica racional para tais gestantes, o recurso mais eficiente para a profilaxia da eritroblastose desses recém-nascidos.

Entretanto, pergunto eu: não haveria possibilidade de choque ao se inocular o fator Rh numa

paciente com aglutininas anti-Rh circulando em seu organismo?

E se, de qualquer forma, se evitasse esse inconveniente, não seria mais prático fazer pequenas transfusões de sangue Rh positivo?

Outro ponto interessante é o do diagnóstico precoce e mais frequente da eritroblastose fetal, parecendo que a esse respeito os obstetras têm uma última oportunidade. Assim, se se recorresse ao esfregaço sistemático do sangue de cordão umbilical, talvez se identificassem maior número de casos benignos que, por vêzes, nem chegam a dar sintomas clínicos e da mesma forma, com mais precocidade, seriam diagnosticados casos típicos de eritroblastose, fornecendo, assim, em última análise, a possibilidade de se iniciarem, imediatamente após o parto, as transfusões de sangue Rh negativo que constituem o único recurso para se salvar o nascituro.

Dr. Francisco Gimenez. — Cumprimentando o Dr. Lacaz, disse que apenas desejava saber si não seria interessante aplicar no caso a sangria.

Dr. Bussamara Neme. — Felicitando, inicialmente, o Dr. Lacaz pela riqueza dos ensinamentos contidos na sua exposição, desejava os seguintes esclarecimentos:

Os fatores RH positivas têm em seus sôros aglutininas Anti RH?

Essas não são neutralizadas "in totum" pelas ematias do feto?

Que vantagem há em fazer RH?

Citou o caso de presença de anemias maternas no caso de fator RH positivo em que a doente estava muito anemiada.

Dr. Ottensooser. — Cumprimentando o Dr. Lacaz, pela sua comunicação, disse si não seria interessante, ao invés da placa de mármore, usar laminas ao microscópio para evitar perda de elementos.

Respondendo pela ordem dos comentários disse o Dr. Lacaz:

50)

1 — Que o sulfato de magnésio a 10 % é injetado por via venosa, lentamente.

2 — Não fôra injetado sangue Rh positivo devido à hemoglobina; assim processando-se hemólise, haveria bloqueio renal, com anúria.

Quanto ao esfregaço do sangue umbilical, achava interessante se fazer, devendo mesmo ser praticado sistematicamente, assunto esse aliás que era abordado pelo Dr. Jorge Rezende.

3 — Disse que apoiava a sugestão da sangria parcial, o que seria devêras interessante, tanto que se substituisse o volume de sangue circulante, com sangue compatível Rh negativo.

4 — A criança que nasce com Rh positivo precisa de sangue Rh negativo porque ela recebeu as aglutininas anti Rh de origem materna.

5 — Disse que havia tido conhecimento dos processos nos quais a determinação do fator Rh se fazia em laminas na temperatura ambiente. Mas tinha a certeza, na demonstração que êle teria ensejo de fazer que o Dr. Ottensooser adotaria também o processo da placa escavada, pelos magníficos resultados que a mesma proporcionava.

Corioepitelioma do útero com metástase vaginal.

— Drs. Jamil Daud e René Mendes de Oliveira. — Os AA. apresentaram 2 casos de corioepitelioma do útero, em mulheres com 25 e 58 anos de idade; ambos os casos apresentaram um nódulo de metástase vaginal que permitiu o diagnóstico. Em ambos os casos foi praticada a histerectomia total, com êxito. O post-operatório decorreu bem e as pacientes vistas 3 a 4 meses mais tarde apresentavam-se em bom estado geral.

Em seguida passaram os AA. a fazer considerações de ordem geral sobre o corioepitelioma, focalizando, de modo especial a questão do diagnóstico do tumor, que

se faz por três modos: clínico, anátomo-patológico e biológico. Esta última modalidade de diagnóstico ocupa, em especial, a atenção dos AA. que salientaram a importância da dosagem periódica das gonadotropinas na urina da mulher que teve recentemente mola hidatiforme. Discutiram as causas de erro nas dosagens, salientando os casos de corioepitelioma com reação de Ascheim-Zondek negativa, casos citados na literatura nacional e estrangeira. A questão de metástases do corioepitelioma uterino é focalizada, em especial, as metástases vaginais, e o mecanismo pelo qual a mesma se processa é discutido. Por fim fazem uma sucinta apreciação dos processos argentinos em voga, citando a preferência pessoal.

Comentários. — Dr. Francisco Cerruti. — Fizeram bem os Drs. Jamil Daud e René Oliveira em vir à Casa e chamarem atenção sobre o corioepitelioma, principalmente, sobre a vantagem de se chegar com mais frequência ao diagnóstico precoce desse tumor maligno do corpo uterino. O assunto é muito sugestivo porque, dessa forma, mais uma vez se põe em evidência o valôr da prática corrente da biópsia do endométrio que indiscutivelmente constitui o único meio para se fazer a semiologia da mucosa que atapa a cavidade do útero.

E' lamentavel como ainda, entre nós, não se explore mais à miúdo o endométrio, seja à custa de uma curetagem de prova, seja por meio da simples canula de sucção, processo esse que, hoje em dia, permite colher ambula-

toramente suficiente material para exame histopatológico.

Estou certo que essas biópsias praticadas com mais frequência, a começar pelos casos ligeiramente suspeitos, forneceriam diagnósticos mais numerosos de processos malignos em início, vindo, assim, corroborar aquilo que o Dr. Daud acaba de expôr.

E, para finalizar, lembraria que o corioepitelioma interessa-nos também de um ponto de vista geral porque, como vimos, é um tumor maligno cuja evolução pode se afastar muito dos outros cânceres e apresentar ocorrências caprichosas, tais como a regressão espontânea do processo neoplásico. Verificamos ainda nas portadoras de corioepitelioma uma verdadeira inundação de hormônio gonadotrópico podendo-se entrever nesse fato, uma prova da estreita relação que, modernamente, se procura demonstrar entre câncer e hormônios genitais.

Com isso quero dizer que esses curiosos e peculiares característicos indicam que o estudo desse tumor maligno exorbita os limites da ginecologia e merece ser considerado com mais atenção pelo patologista geral como, particularmente, pelo oncologista.

Respondendo disse o Dr. Jamil Daud:

Que encarecia a gravidade dos tumores corioepiteliomas, havendo casos em que, apresentados como simples hematomas, viera a paciente mais tarde a falecer.

E que requeria grande cuidado os casos em que houvesse presença de metástase, sendo preciso que o clínico tivesse em mente esse particular, e quanto à dosagem dos hormônios.

— CONTRA DORES —
Troïpel
— COMPRIMIDOS — *Homburg*

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

SESSÃO DE 16 DE OUTUBRO DE 1946

Presidente: Dr. Oscar Cintra Gordinho

O significado da ação antituberculosa da vitamina D2. — Prof. Jacques Charpy. — O orador lembrou os primórdios da terapêutica contra a tuberculose e o uso empírico que certos médicos faziam do óleo de fígado de bacalhau, composto este que contém a vitamina "D" em quantidades regulares; nasceu daí a idéia do emprego mais científico dessa vitamina na terapêutica de certas formas de tuberculose. O prof. Charpy, como dermatologista que é, foi o primeiro a usar essa substância no tratamento do lupus tuberculoso e de certas formas cutâneas da tuberculose; os resultados obtidos foram muito satisfatórios, podendo-se falar em cura

anatômica e clínica da tuberculose cutânea. A vitamina "D" era empregada em grandes doses (15 mgs.), duas ou três vezes por semana, durante vários meses consecutivos; o segredo do tratamento está em usar doses grandes durante um período prolongado de tempo. O conferencista declarou ter observado resultados mais ou menos favoráveis em relação à evolução da orqui-epididimite tuberculosa, de lesões renais tuberculosas e de outras localizações dessa doença infecciosa. Quanto a tuberculose pulmonar, há estudos em andamento e ainda é cedo para se afirmar si essa vitamina pode influir favoravelmente sobre a evolução da mesma.

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 29 DE OUTUBRO DE 1946

Presidente: Dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno

Esplenomegalia schistosomótica. — Dr. Galdino Nunes Vieira. — O A. apresentou um caso de hematemese repetidas por esplenomegalia schistosomótica. Descreveu com detalhes a história acidentada do doente, fazendo comentários sobre o caso.

Aspectos da cirurgia do baço. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. — O orador fez considerações estendendo-se em detalhes de técnica e de tática. Na discussão o dr. Waldemar Machado apresentou um caso de esplenectomia por schistosomose em que foi executada, com bons resultados, a in-

cisão proposta pelo dr. Eurico Branco Ribeiro. O dr. José Passos referiu-se à causa das hematemeses. O dr. Galdino Nunes Vieira referiu-se à possibilidade de correr por conta de lesões do intestino a melena reincidente verificada no caso. O dr. Saldanha Faria citou o caso de enterorragia e cólicas intestinais num caso de schistosomíase. O dr. Gualberto Magalhães referiu-se à tendência de a schistosomose se espalhar por várias vísceras como o pulmão e o cérebro como viu em algumas peças existentes na Faculdade da Baía.

Lab. Proquibio
S. A.

apresenta seus votos de
Bôas Festas e feliz
Ano Novo aos snrs.
Medicos.

Laboratorio Proquibio S. A.

Rua Conselheiro Furtado, 645

Telefone, 6-3180 — SÃO PAULO

SESSÃO DE 12 DE NOVEMBRO DE 1946

Presidente: Dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno

Etiologia das hematemeses nas esplenomegalias — Dr. Galdino Nunes Vieira. — O referido autor falou sobre a etiologia das hematemeses nas esplenomegalias, dizendo que elas foram observadas durante a administração de extrato esplênico, podendo-se aventar a hipótese de haver fizes de hiperfunção endócrinica do baço produzindo as hematemeses chamadas espontâneas.

Aspectos da Medicina no Prata.

— Dr. Ernesto Afonso de Carvalho. — O orador citou a impressão magnífica que lhe deixou o Instituto de Traumatologia de Montevideo. Em Buenos Aires es-

teve no Servio de Ricardo Finocchietto, onde apreciou os detalhes de técnica e as minúcias de anatomia cirúrgica, que são preocupações preponderantes de sua escola. A questão de anestesia também despertou sua atenção, pela segurança com que a fazem para a cirurgia e para o parto indolor (anestesia dos pudendos internos); a raqueanestesia continua também é feita nas operações grandes, permitindo a prolongação do ato cirúrgico por 3 e mais horas, como é hábito nos hospitais argentinos. Nesse casos, também se usa muito fazer grandes transfusões de sangue durante as operações.

Colégio Brasileiro de Cirurgias

(CAPITULO DE SÃO PAULO)

SESSÃO DE 3 DE OUTUBRO DE 1946

Presidente: Prof. Alípio Correa Neto

Ortopedia Norte-Americana. —

Dr. Renan Azzi Leal. — O relator que passou um ano em hospital americano e meses de visitas a numerosas instalações, pode verificar que lá existe o que há de mais notável e moderno no assunto. Deteve-se na discriminação das fases do curso medico nos Estados Unidos. A seguir passou a descrever hospitais e tipos de pacientes admitidos na Clínica Ortopédica da Universidade de Wisconsin. Notou as seguintes características nos americanos: 1.º) maior tendência cirúrgica; 2.º) redução dos tempos de imobilização; 3.º) maior uso de aparelhos ortopédicos; 4.º) reeducações musculares; 5.º) maior entendimento e trabalhos em conjunto das diversas especialidades: cirurgia plástica, neurocirúrgica, anestesia,

etc. Falou ainda sobre a paralisia infantil nos Estados Unidos e a importância do problema e os seus progressos bem como da cirurgia da coluna vertebral, e tratando das lesões traumáticas, cirurgia reparadora, lesões congênitas, principalmente pés tortos e luxações coxo-femurais; e finalmente dos espásticos. Referindo-se ao número de organizações hospitalares disse haver 110 hospitais com 403 residências aprovadas para formação de ortopedistas e pedem ainda aprovação para 88 hospitais civis e 20 militares.

Algumas impressões sobre a radiologia estadunidense. — Dr. Sebastião Vieira Franco. — O A. pôs em relevo os notáveis progressos das ciencias e tecnicas radiologicas norte-americanas. De-

finiu o "American Board of Radiology" (Banca Americana de Radiologia) e o seu papel na moralização da Radiologia. O medico americano só pode exercer a radiologia depois de aprovado por aquela instituição. O A. focalizou a hospitaleira acolhida das Universidades americanas ao medico latino-americano com a organização de cursos de "após-graduação". Depois de discorrer sobre o cronometro fotoeletrico de precisão, e a Abreugrafia ou Roentgenfotografia, relatou sua impressão dos serviços de radiologia civis e militares onde estagiou como: Columbia University (N. Y.), Michigan University (Ann. Arbor), Georgetown Hospital, Walter Reed General Hospital, Navy Hospital de Bethesda, Escola de Radiologia do Exército, Fitzsimos General Hospital e a famosa Mayo Clinic. Após referencias ao quimoscopia que reproduz com relativa simplicidade movimentos dos órgãos radiografados à Trivision, emprestando noção de relevo em filme unico e a um aperfeiçoamento do tomografo com movimentos espirais, o A. citou as palavras de Fred Hodges

sobre o moderno aparelho de Raios-X, "parente consanguineo da bomba atomica, tanto do ponto de vista da fisica como de suas realizações revolucionarias para os destinos da medicina e da humanidade". Lembrou as vantagens no ensino medico de um Museu de Roentgenologia, como o de Filadelfia. Citou trabalhos americanos sobre a radiologia, do aparelho digestivo e novos meios de contraste em radiografias do fígado, vesicular, medula, etc., Referiu-se a trabalhos apresentados nos congressos americanos de Radiologia, durante sua estada nos Estados Unidos, como a Cinematografia, de autoria do major-medico dr. Joaquim Garcia e dr. Moritzson de Castro. Discorreu sobre a placentografia e a pelvimetria e finalizou com apreciações sobre as novas formas de radioatividade artificial revolucionando a terapeutica de diversas entidades patogenicas como o Radon em forma de unguento e a irradiação intracelular por elementos de radioatividade criada pela maravilhosa descoberta americana de Lawrence que desintegra os proprios átomos: o Ciclotron.

Outras Sociedades

Associação Paulista de Medicina, secção de Medicina, sessão de 7 de outubro de 1946, ordem do dia: A indicação e o tratamento cirurgicos do hipertireoidismo em face dos novos agentes quimioterapicos da tireotóxicose. — Prof. Alipio Correia Netto; A tiuracil e seus derivados no tratamento da tireotóxicose. — Dr. Antonio B. Ulhôa Cintra; Discussão de relatórios apresentados. — Prof. J. Inácio Lobo, Drs. Luciano Décourt, Nicolau Moraes Barros Filho, Mário Degni.

Secção de Cirurgia, sessão de 10 de outubro de 1946, ordem do dia: Ostrução biliar por áscaris. — Dr. Daher E. Cutai; Colecistite

crônica não calculosa. — Dr. João Montenegro; Exibição de film sobre gastrectomia parcial.

Departamento de Medicina Militar, sessão de 16 de outubro de 1946, ordem do dia: Tratamento local das queimaduras. — Dr. Ary do Carmo Russo.

Secção de Otorrinolaringologia, sessão de 18 de outubro de 1946, ordem do dia: Massagens das amígdalas com contagens leucocitárias sucessivas, para o diagnóstico do foco amigdaliano. — Drs. Miguel A. Jamra, Mário L. Antunes e Antonio Correia; Influência do ruído constante sobre o ouvido humano. Pesquisa audiométrica. — Dr. Hugo Ribeiro de

Almeida; Repiração nasal do ozenoso antes e depois de operação de Lautenhlager-Moreira. — Dr. Jorge F. Barbosa; Cisto amigdaliano — Fabio Barreto Mateus.

Secção de Medicina, sessão de 21 de outubro de 1946, ordem do dia: Nevralgia do glossofaringeu — Drs. Aloisio de Matos Pimenta e Italo Le Voci; Picrotoxina no tratamento da intoxicação aguda por barbitúricos e adalina. — Drs. Lício Marques de Assis e Cássio Bottura; Valor propedêutico da punção biopsia do fígado. — Drs. José Ramos Junior, Godofredo Elejalde, J. A. Laus Filho e F. J. Melo e Albuquerque.

Secção de radiologia, sessão de 22 de outubro de 1946, ordem do dia: O valor da pneumoencefalografia nas localizações cerebrais. Drs. Anibal Silveira, Celso Pereira da Silva e Mário Robertela; Prova colecistogastroduodenal como método de rotina no exame radiológico. — Dr. Dr. José Moretson de Castro.

Secção de Tisiologia, sessão de 23 de outubro de 1946, ordem do dia: Complexo tuberculoso de reinfecção — Dr. Décio Fleury da Silveira; Considerações sobre o correlatório apresentado em nome da secção de Tisiologia ao 3.º Congresso Nacional de Tuberculose "Padronização das técnicas de laboratório aplicáveis à clínica da tuberculose e B. C. G. — Dr. Roberto Brandi.

Secção de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 24 de outubro de 1946, ordem do dia: Médicos clínicos com certificados de Higienistas. — Prof. S. B. Pessoa; Solubilidade dos flocos observados nas reações de floculação. — Dr. J. O. Almeida; A (*Ayrozamia*) *tibiamaculatus* (Neiva, 1909). — Descrição da larva e pupa (Diptera, Culicidae). — Dr. J. O. Coutinho.

Departamento de Cultura, sessão de 28 de outubro de 1946, ordem do dia: O médico aí pra dentro. — José Geraldo Vieira.

Secção de Obstetrícia e Ginecologia, sessão de 29 de outubro de 1946, ordem do dia: Granuloma lipofágico da mama. — Drs. J. Amorim e O. Lacrete; Insuflação tubaria; indicação e técnica. — Dr. J. Daud.

Secção de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de junho de 1946, ordem do dia: Sarcosporidíase humana. Primeiro caso observado no Brasil — Dr. J. L. Pedreira de Freitas; Distribuição geográfica dos anofelinos no Estado do Rio de Janeiro. — Dr. J. O. Coutinho; Ação do propionato de sódio e de cálcio, in vitro, sobre cogumelos de interesse médico. — Dr. Carlos da Silva Lacaz e Acad. Osvaldo P. Foratini; Sobre um caso de infecção humana pelo *Clonochis sinensis*. — Dr. Hélio Lourenço de Oliveira e prof. Dr. João Alves Meira; Sobre a incidência dos plasmódios de malária humana, em Araçatuba e arredores; Dr. Renato R. Corrêa; Do ciclo evolutivo, em condições experimentais, do *A. (K) laneanus*. — Dr. Renato R. Corrêa; Mais um caso de malária quartã, no Planalto Paulista. — Dr. Renato R. Corrêa.

Secção de Neropsiquiatria, sessão de 5 de junho de 1946, ordem do dia: Considerações sobre a meningite por B. Pfeiffer. — Dr. João Batista dos Reis; Organização atual dos centros de malarioterapia. — Dr. Sílvio J. Grieco.

Secção de Cirurgia, sessão de 10 de junho de 1946, ordem do dia: Sífilis gástrica. — Drs. Cássio Montenegro, Paulo Corrêa e Massairo Yashimoto; Broncoscopia nos tumores dos brônquios. — Dr. José Augusto Arruda Botelho.

Secção de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 11 de junho de 1946, ordem do dia: Considerações gerais sobre as dermatoficiases. — Dr. Carlos da Silva Lacaz; Sobre um novo tratamento do vitiligo. — Dr. Luís Stermann; A respeito do uso da ate-

brina no pêfingo foliáceo. (Nota prévia). — Dr. Mário Fonzari.

Secção de Pediatria, sessão de 12 de junho de 1946, ordem do dia: Sistematização do tratamento da laringo-tráqueo-bronquite na infância. — Dr. Plínio de Matos Barreto; Impressões da permanência em serviços pediátricos norte-americanos. — Dr. Paulo de Barros França.

Secção de Medicina, sessão de 26 de junho de 1946, ordem do dia: — Tratamento do hipertirevismo pelo Tiouracil. Drs. Antonio Ulhôa Cintra, Cassio Bottura, Emilio Mattar e Helio Lourenço de Oliveira; Associação da Estrofantina K com a digitalina na fibrilação auricular crônica (nota prévia). Dr. Quintiliano H. Mesquita.

Secção de Tisiologia, sessão de 24 de junho de 1946, ordem do dia: Enfisema do mediastino — Dr. Abel Guimarães Barbosa; Aparelho de Thiegl para anestesia sob hiperpressão. — Dr. José de Arruda Botelho.

Secção de Urologia, sessão de 6 de junho de 1946, ordem do dia: Via mediana e para-mediana para os cálculos do ureter justavescial. — Dr. Darcy Vilela Itiberê.

Sessão de 25 de junho de 1946, ordem do dia: Preferência da via endoscópica para tratamento dos tumores papilíferos da bexiga; modalidades da técnica. — Dr. Geraldo Vicente de Azevedo.

Departamento de Medicina Militar, sessão de 7 de junho de 1946, ordem do dia: Simulações e dissimulações em Medicina Militar — Dr. Marco Aurélio Cidade.

Secção de Obstetricia e Ginecologia, sessão de 28 de junho de 1946, ordem do dia: Alterações do S. N. C. do recém-nascido e suas relações com os traumas obstétricos. — Dr. Walter Maffei.

Centro de Estudos Benedito Montenegro, sessão de 11 de outubro de 1946, ordem do dia:

Problemas da neurocirurgia em nosso meio. — Dr. Aloisio de Matos Pimenta.

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 25 de outubro de 1946, ordem do dia: Importância de los datos prospectivos en el diagnóstico y el pronóstico psiquiatricos — Prof. Emilio Mira y Lopez.

Centro de Estudos dos Médicos do Serviço de Tuberculose, sessão de 26 de outubro de 1946, ordem do dia: Considerações sobre tuberculose da criança — Diagnóstico precoce e "O problema da tuberculose na Baía. — Dr. José Dosemberg; Padronização das técnicas de laboratório, aplicáveis à clínica da tuberculose e BCG. — Dr. Roberto Brandi.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 15 de outubro de 1946, ordem do dia: Tumores e descolamento da retina. — Dr. J. Carneiro; Histologia normal e patológica da retina. — Dr. Valter Maffei.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 29 de outubro de 1946, ordem do dia: Considerações gerais de perturbações circulatórias, etiologia geral das uveítes. — Drs. Renato Toledo e Laerte Guimarães; Uveítes de natureza luética, herpetica e gonocócica. — Dr. Rubens Belfort.

Colégio Brasileiro de Cirurgiões, sessão de 23 de outubro de 1946, ordem do dia: Tratamento cirurgico do carcinoma do pulmão. — Prof. Alipio Corrêa Netto; Cistos aéreos infectados do pulmão. — Dr. Nairo França Trench; Pneumonectomia e lobectomia no tratamento da tuberculose pulmonar. — Dr. E. de Jesus Zerbin; Considerações sobre a anestesia na cirurgia endo-torácica. — Dr. Alberto Caputo.

Curso de Semiologia Psiquiátrica, sessão de 11 de outubro de 1946, ordem do dia: Antropologia em psiquiatria — Dr. Coriolano Norberto Alves.

Faculdade de Medicina, sessão 31 de outubro de 1946, ordem do dia: Glomerulonefrite crônica. Permanência do duto arterioso.

Instituto Biológico, sessão de 11 de outubro de 1946, ordem do dia: Os antibióticos e a biologia — Prof. E. Bertarelli; Insect repellent e novos inseticidas. — Prof. Quintino Mingojá.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 16 de outubro de 1946, ordem do dia: O significado da ação antituberculosa da vitamina D2 (Calciferol) e as suas perspectivas futuras. — Prof. Jacques Charpy.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 15 de outubro de 1946, ordem do dia: Da necessidade da cirurgia conservadora em infortunística. — Dr. Antonio Carlos Moraes Passos; A pericia médica legal dos crimes sexuais. — Dr. Arnaldo Amado Ferreira; Do exame psicossomático em infortunística. — Dr. Antonio Miguel Leão Bruno; Sobre a diferenciação entre

a atual e a antiga lei penal com relação ao infanticídio — Dr. Alfredo Farhat; Lesão da medula por instrumento perfuro-cortante — Dr. J. B. Costa Junior; O trabalho na nova Constituição Federal Brasileira — Dr. Hilário Veiga de Carvalho.

Sociedade dos Médicos do I. A. P. C., sessão do dia 4 de outubro de 1946, ordem do dia: Problemas da assistência médica nos Institutos de Previdência — Dr. Moacir Veloso.

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, sessão de 14 de outubro de 1946, ordem do dia: Estereo-oftalmoscopia do fundo do olho normal — Dr. A. Bussaca; Diatermia e sua aplicação ocular — Dr. Enio Salerno; Querotoplastia pelo processo Castro Vijo — Dr. Roberto Reichert.

Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul, sessão de 28 de outubro, ordem do dia: Orientação diagnóstica terapêutica na insuficiência renal — Dr. Bernardino Tranches.

IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Biologia, XXX, 274, julho-agosto de 1946. — Problemas e debates no campo da alimentação proteica e modernos conceitos sobre as proteínas e aminoácidos — Prof. E. Bertarelli; O laboratório e a clínica. As reações sorológicas para o diagnóstico da sífilis — D. M. Gonzáles Torres; As provas do Rh — noções elementares indispensáveis para médicos e laboratoristas — F. Ottenssoser; Ação in vitro do cloreto de tetrametilnina (azul de metileno) sobre o desenvolvimento do Para-

coccidioides brasiliensis Almeida, 1929 — J. Pelegrino.

Boletim de Higiene Mental III, 26, outubro de 1946. — Nova organização médica britânica; Assistência a psicopatas no Estado de São Paulo — Dr. Edgard Pinto Cesar; A criança e o ambiente familiar — Dr. Henrique Marques de Carvalho; Higiene Mental da criança — Prof. A. C. Pacheco e Silva.

Publicações Médicas, XVIII, 1, agosto de 1946 — O problema

da indicação terapêutica nas úlceras gástricas e duodenais — Felício Cintra do Prado; Emulthiazamida e queimaduras — Arthur Mickelberg; Em torno da profilaxia do câncer do útero — Maciél de Souza.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, V, 4, abril de 1946 contribuição ao estudo do linfogranuloma maligno, moléstia de Hodgkin — Prof. dr. Alexandre Donati; Etiologia e tratamento de Hipertensão arterial — Drs. Francisco Xavier de Pinto Lima e José Engelberg; O fator Rh na prática da transfusão de sangue — Dr. Ruy Faria; O Dr. A. J. Peixoto — Cirurgião brasileiro — Dr. José Ayres Netto; Saudação aos rotarianos do Brasil — Dr. Oscar Cintra Gordinho.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, VI, 5, maio de 1946 — Prevenção e tratamento

das peritonites. Bases experimentais e clínicas — Dr. Saturnino Cintra Franco; Protusão intra raqueana do núcleo polposo — Dr. Orlando Pinto de Souza; O fator sanguíneo Rh e suas aplicações — Dr. F. Ottensooser; Fator Rh na prática da transfusão de sangue — Dr. Ruy Faria.

Revista Paulista de Medicina, XXIX, 2, agosto de 1946 — A respeito do uso da atebrina (metoquina) no pêfigo foliáceo — Nota prévia — Dr. Mário Fonza; Atividade do veneno de *Bothrops jararaca* sobre a protrombina — Dr. Murilo Azevedo; O problema da biopsia nos tumores ósseos — Dr. Abdias Ferreira Filho.

Tribuna Médica, I, 2, outubro de 1946 — Dissídio coletivo — Alberto Nupieri; Os clientes — João Galeno; Medicina e Saúde — Dr. James Ferraz Alvim.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Universidade de São Paulo

Posse do novo Reitor — Realizou-se no dia 16 de outubro, na sala da Congregação da Faculdade de Medicina, a solenidade da posse do professor Antonio de Almeida Prado, no cargo de Reitor da Universidade de São Paulo.

Estiveram presentes ao ato o sr. secretário da Interventoria, representando o sr. interventor federal; o sr. prefeito da capital; o sr. secretário da Universidade; representantes do Conselho Universitário; professores e alunos de todos os Institutos universitários de São Paulo e numerosos convidados.

Assumindo a presidência da sessão, o professor Benedito Montenegro convidou os profes-

sores Gabriel de Rezende, Raul Briquet e Venancio Machado para introduzirem o novo Reitor ao recinto, o que foi feito logo em seguida.

Após a assinatura do termo de compromisso, o professor Antonio de Almeida Prado foi empossado no cargo, pelo sr. secretário da interventoria, em nome do governo de São Paulo. A seguir usou da palavra o professor Benedito Montenegro, vice-Reitor, saudando, em nome do corpo docente da Universidade, o novo titular.

Encerrando a solenidade, o professor Antonio de Almeida Prado após ter agradecido ao sr. interventor federal a sua escolha

para aquele alto cargo pronunciou o seguinte discurso:

"Não é sem a consciência da grande responsabilidade deste ato e sem funda emoção que me emposso hoje no elevado cargo de Reitor da Universidade de S. Paulo.

Consciência de responsabilidade, porque tenho pleno conhecimento dos deveres que o cargo impõe, e funda emoção porque, voltando-me para o passado, revejo os dias já distantes de minha vida, quando participei dos primórdios de sua fundação dirigindo uma das grandes instituições de ensino superior então apenas criada, numa época em que muitos não acreditavam que ela vingasse e viesse a exercer alguma influência na renovação cultural do meio.

Assisti a seus primeiros balbucios, a seus primeiros passos, insertos e vacilantes, a suas primeiras vitórias e vicissitudes, antes que chegasse à esplêndida expansão e fastígio de agora. Não é, pois, jactância, mas o interesse real que sempre tive por ela, que me faz crer que, não obstante meu afastamento de postos representativos por perto de 10 anos, continuei a ser sempre um dos vossos.

Diretor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras por um triênio, vice-Reitor, ao lado do grande mestre de Direito Reynaldo Porchat por quase igual espaço, professor da Faculdade de Medicina, não sou propriamente um recém-vindo ao seio da comunidade universitária. Ainda mais: ao tempo da Interventoria do ministro Laudo de Camargo, austera figura de cidadão e de magistrado que São Paulo foi arrancar à tranquilidade da sua judicatura, para elevá-lo, em período difícil da nossa vida política, à chefia do Governo do Estado, designei, na qualidade de seu secretário da Educação, a primeira comissão encarregada de estudar os preliminares para

o advento do regime universitário entre nós. Dessa comissão, faziam parte vultos do maior relevo da intelectualidade paulista, três dos quais, os professores res Raul Briquet, Fernando Azevedo e o jornalista Julio de Mesquita Filho, integraram depois o conjunto definitivo que, ampliado, deu corpo e organização ao magno cometimento do luminoso governo de Armando de Salles Oliveira.

Tinha para mim, no entanto, como finda minha carreira em postos de direção e nunca pensei que volvesse um dia à senda já trilhada.

Imposição do acaso levou-me contudo a esta encruzilhada, que me obriga a fazer das fraquezas força e a palmilhar de novo o mesmo caminho.

Passo de largo sobre o incidente de que por momentos toldou o céu da constelação universitária, perturbando a harmonia que deve reinar sempre entre o Governo e as corporações congregadas.

Direi apenas que ninguém saiu dêle diminuído, antes as duas partes saíram engrandecidas, pelo claro assentamento dos mútuos direitos e deveres que devem nortear as relações entre ambos.

O Governo, pela cordura e tolerância do sr. Interventor, foi até aonde podia chegar a autoridade sem quebra da respeitabilidade e do decoro de suas funções; a Universidade, correspondendo à nobreza dessa atitude, soube compreender a largueza de vistas de tão desapaixonadas intenções.

Ao primeiro, ao sr. embaixador Macedo Soares, devo a minha elevação a este alto posto e para êle dirijo meus agradecimentos iniciais: mas vossa confiança, senhores Conselheiros, tocou não menos profundamente a minha sensibilidade.

Sem vosso concurso, sem vossa cooperação, nada poderei fazer no desempenho do meu mandato. Por isso, solicitei oficiosa-

GLICOSÔRO *moderno*

VITAMINADO



STUDIO ERICO

SÔRO TÔNICO NUTRITIVO E ANALÉPTICO

CADA EMPÔLA DE 5 c. c. CONTÉM:

| | | |
|---------------------------------|---------|-----|
| GLICEROFOSFATO DE SÓDIO | 0,20 | gr. |
| CACODILATO DE SÓDIO | 0,05 | gr. |
| SULFATO DE ESTRICHINA | 0,001 | gr. |
| SÔRO GLICOSADO | 5 c. c. | |

CADA EMPÔLA DE 1 c. c. CONTÉM:

| | | |
|-----------------------|-------|-----|
| VITAMINA B1 | 0,003 | gr. |
|-----------------------|-------|-----|

QUANDO HOUVER CONTRA-INDICAÇÃO À ESTRICHINA DEVE SER PREFERIDO GLICOSÔRO B "SEM ESTRICHINA"

LABORATÓRIO GROSS • RIO DE JANEIRO

mente e obtive vosso apoio e pronunciamento, quer em relação aos atos que pratiquei como mediador durante o dissídio, quer quanto à conveniência, para a Universidade, de vir eu a assumir a Reitoria neste delicado transe de sua existência.

Tenho a consciência firme de que fiquei sempre equidistante entre as partes desavindas e que defendi a causa universitária, no que tinha de justa e substancial, com tôdas as veras. Mas, para isentar minha atuação de toda mácula de parcialidade e unilateralidade, necessitava da sanção de vosso julgamento.

A Reitoria deve ser um ponto neutro, a confluência de tôdas as aspirações legítimas de seus componentes, a resultante lógica de tôdas as formas espirituais e intelectuais que se integram no regime universitário.

Não é um homem, mas o supremo irmão coordenador de suas finalidades; não uma vontade discricionária, mas um aparelho centralizador; não uma afirmação individual, mas a expressão tangível da própria Universidade. Reitor e Conselho devem formar um todo, leal e intimamente articulados, dentro de suas respectivas funções. E não poderá ser, por sua vez, Reitor, senão quem se sinta amparado pela confiança do governo e do Conselho, estabelecendo o laço legal de união entre o poder publico e a Universidade.

Aproveitando o ensejo quero prestar, neste meu primeiro contato oficial com o Conselho, publica homenagem às Faculdades e escolas universitárias, que êle aqui representa.

A velha Faculdade de Direito, alma-mater do nosso ensino superior, guarda vigil de nossas conquistas liberais, mãe espiritual dos maiores homens de Estado que o Brasil tem tido; à Escola Politécnica, "a casa de Paula Sousa", grande mestre da engenharia e ainda maior educador, que lá imprimiu, à administração, en-

quanto viveu, um cunho de severa moralidade e à sua atuação didática proficuas diretrizes científicas, até hoje mantidas no espírito de sua Congregação, a Escola Superior de Agricultura "Luís de Queiroz", levantada pelo alto des-cortino de um grande paulista, de antiga estirpe, fadada a desempenhar, pela solução racional dos problemas rurais, relevantíssimo papel na nossa economia agrária; à Faculdade de Farmácia e Odontologia, velha e conceituada instituição que vem exercendo seu papel na comunidade universitária com perfeita exação; à Faculdade de Medicina, o mais imponente monumento erguido às ciências médicas na parte sul do Continente, "a casa de Arnaldo", modelar em seu planejamento estrutural e na sua eficiência científica; à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, cúpola de organização universitária, instituição cultural impar no país, cujos frutos, sazoados ao calor da formação científica estrita, não se contam mais como promessa senão como miríficas realizações; à Faculdade de Veterinária, como que um rebento da nossa Faculdade de Medicina, pois dela saiu parte ponderável de seus professores, que implantaram na novel instituição as mesmas normas da escola de que provieram; à Escola de Belas Artes; à Faculdade de Higiene e Saúde Pública, de fundação recente, mas cuja utilidade, sob outra feição, já se consagrara em anos de inestimáveis serviços prestados às questões sanitárias, no Estado; finalmente, à Faculdade de Ciências Econômicas e Comerciais, apenas nascentes, e que, desenvolvida dentro do espírito que lhe inspirou a concepção, preencherá um grande claro na estruturação básica universitária, a tôdas, sem discrepância de nenhuma, quero significar agora o testemunho da minha admiração e o penhor de meu reconhecimento.

Os institutos complementares sugerem-me ainda uma palavra de louvor e deferencia.

O velho e famoso Butantã, sobre cujos destinos paira a sombra tutelar de Vital Brasil, um dos maiores nomes da medicina nacional; o Instituto de Pesquisas Tecnológicas, que tão vultosa e dedicada cooperação deu à causa de S. Paulo em 1932, na luta contra a ditadura; os Institutos Biológico e o Agrônomo e Geofísico, o Eletrotécnico, do Radium, de Criminologia, a Escola Livre de Sociologia e Política, o Departamento de Zoologia do Estado, a Assistência Geral a Psicopatas, o Museu Paulista e o Serviço Florestal — fecham a lista dos centros de estudos incluídos na federação universitária.

O concurso de todos é igualmente necessário para uma administração fecunda e esclarecida.

Integrantes do Conselho, embora fora de postos de direção e exprimam tão somente, por delegação eletiva, a comparticipação das Congregações, do ensino extra-oficial, dos corpos discentes, progressos e atuais, são ainda os representantes das Faculdades, dos livres docentes, dos antigos alunos e dos estudantes universitários. Os representantes das Congregações e da docência livre refletem no seio do órgão central os fluxos e refluxos suscitados pela própria marcha evolutiva do ensino. Antigos alunos e estudantes reatam o passado ao presente na feira dos tempos: os primeiros zelam pela tradição, os segundos apontam para o futuro. Os velhos trazem as lições da vida, a experiência, a ponderação; os moços o ardor, o candente idealismo, a flama patriótica, mas também o natural estouvamento, a turbulência, a irrequietude própria da idade. E' necessário perdoar-lhes a irreverência porque se a juventude repetisse a velhice, observa Renan, a mocidade começaria pela bancarrota.

A reunião dos núcleos de ensino superior sob a égide de lei e regulamentos universitários não basta para constituir uma agremiação

digna desse nome. A letra mata, só o espírito mantém e vivifica. Necessária é ainda, e sobretudo, uma diretriz que os agregue na mesmas aspirações de ensino, de sorte que, guardando cada um suas peculiaridades próprias, haja um terreno comum em que todos se toquem. Dois requisitos, especialmente, se formulam dentro desses conceitos: a existência de cursos básicos, ministrados simultaneamente a duas ou mais Faculdades, e a natureza formativa, essencialmente científica, do ensino profissional. O ensino exclusivamente prático, técnico ou profissional, constitui um erro de ótica: visto de perto impressiona, mas deslocado na generalidade de sua atuação, decai visivelmente. Nunca o mundo teve tantos técnicos, tantos pragmáticos e tanta falta de cérebros que dêem solução acertada aos inúmeros problemas humanos que o impulso civilizador tem criado, como hoje. Bem é que existam práticos e técnicos, e devem ser mesmo em grande maioria, mas a principal missão do ensino universitário é prover o país de uma reserva de homens de cultura e de pensamento, mentores das nacionalidades nas horas graves da história dos povos.

Até aqui temos recorrido ao autodidatismo, forma elementar da instrução, mal necessário durante uma fase de evolução mental, mas que não deve constituir um escopo desejável, uma finalidade.

Todos nós temos sido, mais ou menos, autodidatas; devemos trabalhar porém, para livrar desse percalço as gerações que surgem. O autodidatismo está para a formação universitária, como o empirismo está para a ciência. Esta se socorre muitas vezes da intuição empírica — mas dela se liberta apenas atinja o conhecimento exato.

Além de outros inconvenientes, o autodidata é quase sempre um espírito intolerante, impermeável, a influência estranhas. Formado, em geral, com grande esforço e trabalho, apega-se demasiadamen-

te ao que sabe e que tanto lhe custou, revoltando-se com a introdução de opinião alheia.

Discorre com facilidade sobretudo, sobre o que sabe e sobre o que pensa saber, porque nunca experimentou passar sua ciência pelo crivo da crítica geral, nunca sujeitou o raciocínio aos contra-golpes e à aferição dos métodos científicos. São os corifeus dos próprios êxitos, os impressionistas da ciência, que de tudo têm noções vagamente concebidas, sem bases reais provadas. A educação universitária compete afastar os moços dessa seiva original, dando-lhes uma formação objetiva, sem personalismo e sem preconceitos, alimentada e contrastada sempre pelo progresso das ciências.

Senhores Conselheiros

Das mãos do meu velho e muito prezado amigo professor Benedito Montenegro recebo neste instante a mais alta distinção universitária, o cargo de Reitor.

Juntos atravessamos a agitação dêsses últimos tempos, natural é que reencetemos juntos a nova fase que hoje se inicia.

Homem de ação e de trabalho, perfeitamente inteirado dos me-

dos da vida universitária, retorna à sua antiga posição trazido pela confiança do Governo, reeleição de seus pares e voto do novo reitor.

Sua correção, capacidade e eficiência já o fizeram uma figura indispensável aos círculos universitários.

Para mim, pessoalmente, mais do que um prazer, é uma garantia tê-lo ao meu lado. As normas administrativas não sofrerão assim sensível solução em sua continuidade.

Minha passagem pelo cargo, atendendo-se à circunstâncias sentimentais que me alçaram até êle, será breve. Durará tanto quanto a transitoriedade do Governo que me nomeou.

Nesse curto lapso de tempo, contudo, muito se poderá fazer.

Empenhando minha palavra de não faltarei jamais aos compromissos assumidos e na certeza absoluta de que também nunca faltarei aos vossos, em vós ponho tôdas as esperanças de que a Universidade crescerá e fulgurará cada vez mais, para orgulho de São Paulo e maior grandeza do Brasil".

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

Premios conferidos — O premio "Alcântara Machado" deste ano de Direito Penal, foi conferido ao dr. Carlos Prado, que dêle se tornou merecedor com o trabalho intitulado "Causas de abandono dos menores", em suas 250 páginas, ilustradas com diversos gráficos e fotografias. O professor Basileu Garcia, relator, aludindo às causas apresentadas pelo autor como responsáveis pelo abandono dos menores, tais como o pauperismo, o analfabetismo, a inflação, o exodo rural e outros males, agravados durante a fase da guerra pela incuria governamental, declarou não

ter a menor dúvida em propor que se outorgasse o premio de Direito Penal, reconhecendo no seu trabalho um verdadeiro tratado sobre a importante matéria, analisada com impressionante sinceridade.

O dr. Arnaldo Amado Pereira, livre docente de Medicina Legal da nossa Faculdade e chefe do respectivo laboratório, concorrendo com alentada monografia de mais de 300 páginas — "Perícia de laboratório em criminologia" — conquistou este ano o premio "Oscar Freire", de Criminologia, matéria sobre a qual já publicou cer-

ca de cinquenta valiosos trabalhos.

Com o premio de Medicina Legal, também denominado "Oscar Freire", foi laureado o autor da obra "Esbôço da história da medicina legal em Portugal", dr. Di- valdo Gaspar.

Eleição da nova diretoria — Em sessão realizada no dia 30 de outubro foi eleita a seguinte diretoria: Presidente, Prof. Dr. Flaminio Fávoro; Vice-presidente, Dr. Alvaro Couto Brito; Secretário Geral, Dr. Arnaldo Amado Ferreira; 1.º Secretário, Dr. Moisés Marx; 2.º Secretário, Or. Carlos Prado; Tesoureiro, Dr. Geraldo Alves Pedroso. Seccões de Medicina Legal — Drs. Manuel Pereira e Carlos Alberto da Costa Nunes; de Criminologia — Drs. Hilário Veiga de Carvalho e Francisco Tancredi; de Direito Penal — Drs. Prof. Noé de Azevedo e Oto Cirilo Lehman; de Identificação — Drs. Alvaro Placeres de Araujo e Ernani Borges Carneiro; de Polícia-técnica — Drs. Walter Faria Pereira de Queirós e José Del Picchia Fi-

lho; de Infortunista — Drs. Augusto Matuck e J. B. Moraes Leme; de Psiquiatria — Drs. Tarcizio Leonce Pinheiro Cintra e Caetano Trapé; de Psicologia judiciária — Drs. Antônio Miguel Leão Bruno e Edmur de Aguiar Whitaker; de Biotipologia — Drs. Oscar Ribeiro de Godói e Salvador Rocco; de Odontologia legal — Drs. Américo Marcondes e Jorge Abdenour; de Toxicologia — Drs. Virgínio Valentino e Edmundo Ciratti; de Anatomia patológica — Drs. J. B. de Oliveira e Costa Junior e J. Vieira Filho. Comissões: de premios "Oscar Freire" de medicina legal — Drs. Prof. A. F. Viana; de criminologia — Drs. Professores — A. C. Pacheco e Silva, A. F. Cezarino Junior, Basileu Garcia; "Alcântara Machado" — Drs. Desemb. Percival de Oliveira, Desemb. Vicente Paulo Vicente de Azevedo e Pedro Antônio de Oliveira Ribeiro Sobrinho; de redação — Farm. Elisa Novah, dr. J. Fernandes Moreira; de patrimônio — Drs. Desembargadores — Paulo Américo Passalacqua e Manuel Carlos de Figueiredo Ferraz.

Associação Paulista de Medicina

Entrega de premios — Em sessão realizada no dia 9 de outubro às 21 horas, em sua sede à avenida Brigadeiro Luis Antônio, 396, a Associação Paulista de Medicina procedeu à entrega dos premios que instituiu em 1945.

A cerimônia foi presidida pelo dr. Darcy Vilela Itiberê, Vice-presidente em exercicio da entidade, tomando assento à mesa os Drs. Oscar Cintra Gordinho, presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo; José Moreira Camargo, presidente do Sindicato Médico, Ariovaldo Carvalho, secretário da A. P. M. e Helio Lourenço de Oliveira.

Falaram na ocasião, saudando os premiados, o dr. Helio Lourenço de Oliveira, e em nome daqueles o dr. Décio Fleury da Silveira.

Foram os seguintes os premios entregues pela A. P. M.: Premio "Prof. Arnaldo Vieira de Carvalho", ao dr. Valdemar de Sousa Rudge pelo trabalho "Tratamento das fistulas urogenitais incuráveis pela implantação dos ureteres no retosigmoide associada à sulfonamidoterapia"; Premio "Diogo de Faria", aos Drs. Osvaldo Lucchesi, Marcelo Lucchesi e Décio Fleury da Silveira pelo trabalho "Estudo clinico anatomo-patológico dos nódulos reumáticos e subcutâneos da artrite reumatóide"; Premio "Prof. Nicolau de Moraes Barros", aos Drs. Artur Wolff Neto e Harnemesz Salum pelo trabalho "Mioma uterino e hipertensão arterial"; Premio "José Pinto Alves", ao dr. Mauro Pereira Barreto pelo trabalho "Catálogo dos flebotomos americanos".

Homenagem póstuma a um médico argentino — Em reunião da seção de oto-rinolaringologia da Associação Paulista de Medicina, o dr. Antônio Vicente de Azevedo referiu-se ao falecimento do professor dr. Eliseu V. Segura, ocorrido no dia 14 de setembro último, em Buenos Aires. Traçando-lhe o perfil, lembrou que se tratava de um dos pioneiros da moderna oto-rino-laringologia na América do Sul há mais de meio século, em 1895, criava o serviço de especialidade no Hotel Rawson, em Buenos Aires. Ainda agora, aprestava-se para presidir ao Congresso de Chicago, honra que lhe fora conferida por ser o decano dos especialistas americanos. Com raro brilho ocupou a cátedra universitária por mais de trinta anos, assinalando-se pela sua vocação didática. "Ao ver o Professor Segura operar, tinha-se a impressão de uma cerimônia religiosa, revestido o sacerdote da sua alva litúrgica".

Referiu-se ainda o orador à grande amizade que o professor Segura dedicava ao Brasil, prodigalizando amabilidades aos colegas brasileiros em Buenos Aires. Concluiu, recordando a vastíssima obra científica do extinto: "Contam-se às dezenas os estudos, as pesquisas, as monografias, os métodos cirúrgicos, as inovações de técnica. Cumpre, porém, destacar, a via transeptal para as intervenções na hipófise, de que alhures quiseram tirar-lhe a primazia. Estudou a fundo as insuficiências respiratórias nasais e o tratamento das sinusites e não houve sequer um escaninho da especialidade a que não ilustrasse com seu saber e experiência. Homem de fé, acreditava na sua força e soube, na pertinácia do labor constante e fecundo, fazer da sua vida um exemplo estupendo".

Em seguida, foi a sessão suspensa em sinal de pesar, resolvendo-se comunicar à família do professor Eliseu Segura as condolências dos seus colegas de S. Paulo

Faculdade de Higiene e Saúde Pública

Posse do diretor — Realizou-se no dia 22 de outubro, às 11 h. 30 no salão-nobre da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, a posse do prof. Paula Sousa no cargo de diretor daquele estabelecimento de ensino superior.

O conhecido higienista, que regressou recentemente dos Estados Unidos, onde chefiou o Serviço do Controle Epidêmico da UNRRA, foi solenemente recebido no estabelecimento, tendo comparecido ao ato o prof. Benedito Montenegro que respondeu pelo expediente da Reitoria da Universidade de

São Paulo; professores das congregações das Faculdades de Higiene e de Medicina, médicos, alunos e enfermeiras do curso de especialização.

Aberta a sessão, o prof. Paula Sousa foi introduzido no salão-nobre da Faculdade de Higiene, sendo em seguida empossado pelo prof. Benedito Montenegro.

Em nome da congregação, usou da palavra o prof. Borges Vieira, falando após, pelo Gremio "Emílio Ribas", o sr. Evandro Baltazar da Silveira. O prof. Paula Sousa respondeu, agradecendo.

**Cleoferrol - POR VIA ORAL
NAS ANEMIAS**

CONGRESSOS MÉDICOS

3.º Congresso do Estudante de Medicina
de São Paulo

Sua realização nesta capital. — A abertura do 3.º Congresso do Estudante de Medicina de S. Paulo, deu-se no dia 23 de outubro, às 20 horas, na sala "Alvaro Guiao", da Escola "Caetano de Campos" à praça da República.

O certame foi patrocinado pelo Departamento de Cultura Científica do Centro Acadêmico Pereira Barreto da Escola Paulista de Medicina e contou com o apoio do Departamento Científico do Centro Acadêmico Osvaldo Cruz, da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Para a instalação solene do Congresso, foram convidadas as autoridades, professores das escolas médicas de S. Paulo e outras pessoas gradas.

O programa desenvolvido durante o Congresso foi o seguinte: dia 23, abertura solene, com leitura e aprovação do regulamento interno do Congresso; dia 24, às 10 horas, discussão de temas livres na Escola Paulista de Medicina; às 14.30 horas, "cocktail" oferecido pelo Laboratório Paulista de Biologia, aos congressistas; sexta-feira, dia 25 às 10 horas, discussão de temas livres na Escola Paulista de Medicina; às 15 horas, "cocktail" oferecido por Vicente Amato Sobrinho; às 20 horas, sessão para discussão de temas oficiais: 1) O ensino médico no Brasil, que teve como relator o doutorando Newton de Lima Azevedo; 2) O cinema educativo na medicina, cujo relator foi o doutorando Armando Nascimento Junior, que projetou na ocasião filmes produzidos pelo Departamento de Produção de Filmes Científicos do D. C. C. do C. A. Pereira Barreto; dia 26, sábado, às 10 horas, discussão de temas livres

na E. P. Medicina; às 12 horas, almoço aos congressistas oferecido pelo Instituto Medicamenta Fontoura; dia 28, segunda-feira, encerramento do Congresso, na Escola Paulista de Medicina.

Temas livres inscritos. — Entre os temas inscritos destacaram-se os seguintes:

1) Considerações sobre a incidência da "Siklemia" em S. Paulo — Jorge M. Andrews e Livio Amato.

2) Trombo angente obliterante — Estudo clínico — Manoel Santos Gabarra.

3) Técnica sobre o preparo de crâneos humanos — Wolfgang Weiss.

4) Contribuição ao estudo do Método de Aburel — Armando Nascimento Jr.

5) Permeabilidade do Forame Cego do osso frontal humano — Francisco Alcântara Garcia.

6) Anomalia anatômica do antebraço — Livio Tulio Pincherli.

7) Endocardite bacteriana — José Rubens Bartholomei e João Puglia.

8) Assistência obstétrica domiciliar — Leônidas Umburanas.

9) Controle da respiração — Carlos Alberto de Magalhães.

10) Contribuição às variações de origem da artéria subclávia direita — Leonardo Messina.

11) Variedades da artéria epigástrica — José dos Santos Abreu.

12) Sobre um caso de anomalia ureteral bilateral — José Pinus.

13) Sobre um caso de eclampsia — Fabio Puliti.

14) Alergia medicamentosa — Newton de Lima Azevedo e Armando Salesi.

ATIVIDADES CIENTIFICAS

Centro Médico "Dr. Eurico Branco Ribeiro"

PONTA GROSSA (Paraná), EM 5 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. Pedro Mascarenhas Ribas

Anomalias do biceps-braquial — Dr. Paulo Bittencourt — O A. falou citando um interessante caso por ele observado.

Flirt-apendiculo-tubário — Dr. Paulo Bittencourt — O orador dissertou mostrando alguns exemplos desta interessante situação abdominal.

Litíase sub-cutânea pre-auricular — Antônio Schwansee — O

A. fez um breve relato científico sobre o assunto, em torno de um caso observado em sua clínica particular cujo paciente foi operado com absoluto êxito.

Litíase apendicular — Dr. Polan Kossobudzki — O autor descreveu um caso de apendicite por ele operado, em que o doente apresentava uma litíase apendicular, entidade esta mais ou menos rara na patologia abdominal.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Anatomia de la pelvis feminina — C. F. V. Smout, edição espanhola de Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1945.

Diz a fachada do livro que ali estão a Anatomia e a Fisiologia ao serviço da Obstetria e da Ginecologia para o melhor conhecimento de uma importante parte do corpo. Fisiologia, também, porque a parte mais volumosa do livro é dedicada não só à anatomia, mas à histologia do tracto genital feminino e à função hormonal do ovário, de autoria de Jacoby, de Birmingham, de cuja Universidade é vicedecano o autor principal — Smout.

E' fato sabido que a Anatomia e a histologia, sempre unidas, uma estática, a outra dinâmica, contribuíram de um modo sensível para os progressos da medicina prática. E é no terreno da Ginecologia e da Obstetria que isso se torna particularmente patente. pois é notável a contribuição de anatomistas e fisiologistas no que res-

peita aos órgãos da pelve feminina. Assim, a exposição contida neste volume, ilustrada com numerosas (170) gravuras, muitas delas em cores, é sumamente valiosa para o clínico e para o especialista e aí está o segredo da aceitação que teve o livro na sua edição inglesa e que está tendo na presente edição espanhola.

Dicionário Médico Inglês-português — Eurico Fernandes, Editora Gertum Carneiro (Rua México, 128), Rio, 1947.

Está saindo do prelo, com data de 1947, um livro de grande atualidade e de não menor utilidade — o Dicionário Médico Inglês-português. De atualidade, sim, porque hoje se torna indispensável ao médico brasileiro a leitura de livros e revistas escritas em inglês e de utilidade porque nem sempre o médico pode conhecer a significação precisa de todas as palavras que encontra ao ler os textos médicos em inglês.

Neste volume de mais de 1.100 páginas, encontra-se um total de cerca de 40.000 vocábulos, não só traduzidos para o português, mas também explicados na sua significação. Não se trata, pois, de um simples vocabulário, mas de um verdadeiro dicionário, capaz de fornecer completos esclarecimentos ao consultante.

E' magnífica a feitura material da obra, de acôrdo, aliás, com os cuidados com que a Gertum Carneiro vem lançando as suas edições. O livro custa Cr\$ 280,00 e já está sendo exporto nas principais livrarias do país.

The Modern Treatment of Diabetes Mellitus — William S. Collins e Louis C. Boas, Charles C. Thomas (301-327 East Lawrence Avenue), Springfield, Ill., 1946.

Este é um livro que se apresenta como um guia prático para o clínico geral que tem a seu cargo doentes com diabetes, seja por causa desta moléstia em si, seja por causas mórbidas outras, mas que em se tratando de indivíduos diabéticos, exigem certos cuidados especiais que nem todos têm a obrigação de conhecer, mas que ao médico assistente cumpre dispensar. Este livro é feito com a preocupação de apresentar ao estudante médico um guia terapêutico baseado na larga experiência dos autores, sob cujas vistas já passaram mais de 10.000 diabéticos, hospitalizados ou não. Assim, o diabético é encarado no ambiente hospitalar e no ambiente domiciliário, com indicações precisas de dieta, medicação e cuidados corporais. Explica-se como prescrever e como preparar os alimentos, havendo junto à capa interna do livro uma bolsa para agasalhar o "additional diet calculator", que é uma série de tabelas permitindo o cálculo rápido da quantidade dos vários alimentos a serem administrados. O volume tem mais de 500 páginas com perto de 200 ilustrações e numerosos quadros, custando \$ 850 dólares; a tabela adicional custa mais \$ 1,00 dolar.

Litíase biliar — Felix Landin, 2.a edição, Salvat Editores, Barcelona, 1945.

Exgotada rapidamente a edição inicial, aparece agora em 2.^a edição o Manual Prático de Felix Landin sobre a litíase biliar, assunto de alto interesse clínico e cirúrgico. O autor estendeu o tema à anatomia e cirurgia do aparelho excretor da glândula jecoral. Discute a litíase como enfermidade e faz a crítica do conceito de Walter, segundo o qual a litíase não complicada não constitui moléstia. As formas clínicas são estudadas com detalhe e as complicações são apreciadas nas suas várias modalidades. O tratamento é orientado nas últimas 32 páginas do livro, que contem um total de 186 páginas, com 35 ilustrações, muitas das quais a cores. A presente edição foi melhorada e acrescida em muitos dos seus capítulos.

Tratamento cirúrgico da isquemia do miocárdio — Eurico da Silva Bastos, Comp. Melhoramentos de São Paulo (rua Libero Badaró), São Paulo, 1945.

A literatura médica brasileira foi enriquecida com a publicação deste trabalho, com o qual conquistou o autor a cátedra de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina de São Paulo. Trata-se de um ensaio experimental, feito à custa de vários anos de pesquisas e esforços dispendidos nos laboratórios da nossa principal escola de Medicina. Depois de expôr o programa do trabalho, o A. mostra a importância atual do assunto e passa a fazer o estudo crítico dos métodos cirúrgicos de tratamento da isquemia do miocárdio. Depois descreve o enfarte experimental, à luz dos seus próprios documentos experimentais, evidenciando o cauteloso labor que despendeu. Dedica, em seguida, um capítulo especial à cárdio omentopexia, resumindo as pesquisas que fez. O livro termina com uma série de considerações decorrentes

do seu estudo e com as conclusões a que chegou. O volume tem 211 páginas e é ilustrado com numerosas figuras originais, algumas das quais a cores.

A apresentação material é de primeira ordem, confirmando o esmero com que a Comp. Melhoramentos lança os seus livros.

Rumbos de Política Sanitária — Carlos Enrique Paz Soldán, Edição do Instituto de Medicina Social, Lima, 1946.

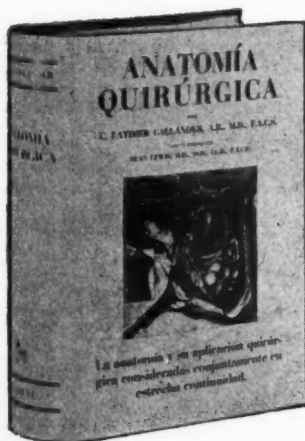
Ao fim de um quarto de século do ensino de Higiene, entendeu o autor de reunir em volume uma série de conferências que fez ultimamente, e que constituem a crisalização do seu tirocinio de profundo conhecedor do assunto. Figura das mais conhecidas e apreciadas em nossos meios sanitaristas, os livros do autor sempre têm merecido o devido acatamento e são recebidos sempre com grande interesse. Este volume tem um caráter de atualidade, marcando rumos para a orientação legislativa que os países têm que tomar nesta fase de reestruturação do Mun-

do. O livro de Paz Soldán é de interesse principalmente para os que vão assumir responsabilidades administrativas ligadas à saúde pública. O volume contém 382 páginas.

Enfermedade por carencia en la infancia — Vidal Jordana, Salvat Editores, Barcelona, 1946.

Versando assunto especializado, mas de vasto interesse na Pediatría e na Puericultura, este livro vai despertar grande interesse, porque condensa as velhas idéias e expõe as novas, entre as quais estão as que se referem à questão do fator P, do fator H, etc.

Em um total de 133 páginas, compreendendo 12 capítulos, o autor estuda as várias contingências que se traduzem por moléstias de carência na infância e aponta os cuidados dietéticos e medicamentosos aconselháveis. E' pois, um livro de utilidade, tanto mais que, fazendo parte dos Manuais de Medicina Prática de Salvat, foi escrito com a preocupação de difundir conhecimentos de aplicação imediata.



"Anatomia Quirúrgica"

PROF. G. LATIMER GALLANDER

Neste livro se estuda em primeiro lugar a anatomia do órgão ou da região e se expõe a sua aplicação cirúrgica.

Os princípios e a anatomia das intervenções mais frequentes são tratadas com toda a minúcia e os tempos operatórios sucessivos são expostos com o auxílio de profusas ilustrações. A obra foi concebida com o propósito de indicar as vias de acesso cirúrgico ao processo patológico que deve ser extirpado ou corrigido.

A maioria das ilustrações são desenhos originais de peças dissecadas.

E' um livro de 947 páginas, ilustrado com 819 gravuras.

A venda nas principais livrarias do país.

SALVAT EDITORES S. A.

Distribuidor: **Antonio Muñoz**, Calle Lavalle, 371 — Buenos Aires, Argentina

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. *EURICO BRANCO RIBEIRO*
CAIXA POSTAL, 1574 - S. PAULO, BRASIL

INDICE

DO

VOLUME LII

(JUNHO A DEZEMBRO DE 1946)

O INDICE GERAL DOS VOLS. I A XXVI ESTÁ CONTIDO NO
NUMERO DE JANEIRO DE 1934

INDICE GERAL DO VOLUME LII

(JUNHO A DEZEMBRO DE 1946)

Os trabalhos originais na integra são assinalados em negrito.

A

- Abreu (Mário Braga) — **Osteomielite aguda e penicilina**, 136.
- Abreu (Mário Braga) — Osteomielite e Penicilina, 209.
- Abreu (Mário de) — **Penicilina e osteomielite aguda hematogena**, 307.
- Acidentes do trabalho. Alguns aspectos médicos da nova lei de**, 15.
- Adura (Abduahader) — Abscesso do fígado, 265.
- Albitarsis (A) e do A. Darlingi na Baixada Fluminense, Estado do Rio de Janeiro. Observações sobre a biologia do —, 400.
- Alergia. Psiconeuroses alérgicas. A proposito de cinco casos, 33.
- Alfaro. Prof. Gregório A. —, 358.
- Amorim (Moacyr), Anatomia patológica dos tumores malignos, 351.
- Angina de Ludwig, 53.
- Angiocardiografia com aparelho Roentgen-fotográfico, 421.
- Anopheles maculipes Theo., no Estado de São Paulo. Observações sobre o —, 255.
- Apêndice. Dois casos de divertículo em —**, 159.
- Apêndice. Litiase do —, 209.
- Assis (J. E. Paula), Surdez na infância escolar. Estatística e profilaxia, 48.
- Assis (José Lamartine de), Siringomielia lombo-sacra congênita; estado disráfico, 405.
- Assunção (Lucas de), Pesquisa de bacterias do genero "Salmonella" em carnes e seus derivados vendidos a retalho, 255.

- Auriculo ventricular. Raros aspectos da dupla condução —, 199.
- Ayres (João Dias), Dois casos de divertículo em apêndice**, 159.
- Azevedo (Geraldo Vicente de), Uretro-cistografia na criança, 352.

B

- Baço. Aspectos da cirurgia do —, 428.
- Bacteriology. A textbook of —, 374.
- Barbosa (Adel Guimarães), Amebíase pulmonar, 422.
- Barbosa (J. E. de Rezende), Sobre a prescrição dos aparelhos auxiliares do surdo, 416.
- Barbosa (J. E. Rezende), Surdez no adulto, estatística e profilaxia, 264.
- Barreto (Mauro Pereira), Nova espécie de Flebótomo no Estado de Goiaz, 338.
- Barreto (Plínio Matos), Emprego de um novo preparado do 2 (P. amino-fenil-sulfamido) tiazol no tratamento das supurações bronco-pulmonares, 264.
- Barreto (Plínio de Matos), Larigectomia total executada com anestesia pelo bloqueio para-vertebral, 346.
- Barreto (Plínio de Matos) e Prado (Jorge Barreto), Sistematização do tratamento das laringo-traqueo-bronquites agudas na infância, 413.
- Barros Filho (Jorge Morais), Considerações sobre uma nova e eficiente terapêutica da coqueluche, 409.

Bastos (Carlos de Oliveira), Aspectos evolutivos de disseminações tuberculosas hematogênicas em adultos, 420.

Bastos (Fernando O.) e Reis (João Batista dos), Meningite meningocócica. Comunicação de um caso curado pela penicilino-sulfanilamidoterapia, 256.

Beneficência Portuguesa. Sociedade dos Médicos da —. Homenagem ao seu fundador, 274.

Beneficência Portuguesa. Sociedade dos Médicos da —. Posse da nova diretoria, 274.

Biologia do Brasil. Reunião Conjunta das Sociedades de —, 368.

Bittencourt (J. M. Taques), Penicilinoterapia intra-raquidea. Reações líquóricas imediatas, 124.

Bittencourt (J. M. Taques), Silva Jr. (J. A. Caetano da) e Canelas (Horacio Martins), Penicilinoterapia intrarraquidia. Reações imediatas e tardias, 129.

Blastomiciase brasileira. Aspectos atuais da epidemiologia, diagnóstico e terapêutica da —, 349.

Bressan (Paulo), Ciste dermoide bilateral do ovário, 210.

Bressan (Paulo) e Ribeiro (Eurico Branco), Rutura traumática do rim, 210.

Bronquite tuberculosa. Oleo de chalmogra no tratamento da —, 50.

Bruno (Antonio Miguel Leão), Psicodiagnóstico de Rorschach. Das respostas de espaço branco, 266.

Bruno (Antonio Miguel Leão), Serviço de psicopatologia forense do Instituto Oscar Freire, 266.

Bruno (Antônio Miguel Leão Bruno), Flaminio Fávero, nosso mestre, 293.

C

Cancer del estômago, estudio clínico, 70.

Cancer do penis e anestesia pelos corpos venosos, 54.

Cardilli (Aldo), Considerações e comentários acerca da interrelação da hipoglicemia com a litíase biliar, 25.

Cardiopatologia clinica, 372.

Carenciais. Importância clínica do diagnóstico dos estados —, 49.

Carótida primitiva. Ligadura da —, 54.

Carótidas. Tumor do corpo carotídeo, 260.

Carvalho (Ernesto Afonso de Carvalho), Aspectos da Medicina no Prata, 430.

Centro Academico Oswaldo Cruz. Inauguração da nova sede, 60.

Centro Médico Eurico Branco Ribeiro, 65.

Cicatrices queloidianas. Radioterapia das —, 205.

Cintra (Antonio Ulhôa) e Oliveira (Hélio Lourenço de), Lesões oculares nas carências vitamínicas, 202.

Cintra (Antonio de Ulhôa), Rapp (Veronica), Assis (Licio de) e Eston (Tede Eston de), Aspectos metabólicos no tratamento de 2 casos de estenose esofágica, 49.

Cirurgia. Elogio y diatriba de la —, 374.

Cirúrgica. Lições de Clínica —, 373.

Cirurgia. Progresso da —, 290.

Colecistos e coledocopatias. Resultados e sequelas do tratamento cirúrgico dos —, 201.

Colédoco. Contribuição anômica e técnica para a cirurgia do ducto colédoco, 69.

Colesteatoma do robencéfalo. Estudo anátomo-clínico, 341.

Congressos Médicos, 293.

Congresso. 3.º — do Estudante de Medicina de São Paulo, 443.

Coqueluche. Considerações sobre uma nova e eficiente terapêutica da coqueluche, 409.

Coqueluche. Imagens radiológicas do pulmão na —; o "pulmão coqueluchoso", 77.

- Corioepitelioma do útero com metástase vaginal, 426.
- Corrêa (Antonio), Tratamento das estomatites gangrenosas, 349.
- Corrêa (Renato), Incidência da malária, em especial do P. "Malariae" (Laveran, 1881) no ramal de Itapura, 255.
- Corrêa (Renato) e Rabello (Ernesto X.), Observações sobre o Anopheles maculipes Theo., no Estado de São Paulo, 255.
- Cotrim (Eduardo S.), Função renal e urografia de eliminação, 50.
- Coutinho (J. O.), Contribuição para o estudo dos transmissores da malária no Distrito Federal (Brasil) A. (N) Darling Root, 1936, 337.
- Coutinho (J. O.), Contribuição para o estudo do subgênero Kerteszia, com a descrição do macho de A. (k) bambusicolus Komp, 1937, 336.
- Coutinho (J. O.) e Ferraz (Dallson), Transportes ferroviários como meio de disseminação de anofelinos transmissores de malária, 336.
- Coutinho (J. Oliveira), Observações sobre a biologia do A. Albitarsis e do A. Darlinggi na Baixada Fluminense, Estado do Rio de Janeiro, 400.
- Cranioplastia com tantalum, 406.
- Creches. Plano, execução técnica para o problema das creches, 179.
- Creches. Plano, execução e solução técnica para o problema das —, 182.
- Creches. Plano, execução e solução técnica para o problema das —, A creche Maria Capone, 184.
- Curi (Chafick), Osteocondroma, 134.

D

- Daud (Jamil) e Oliveira (René Mendes de), Corioepitelioma do útero com metástase vaginal, 426.

74)

- Define (Domingos), Diagnóstico clínico dos tumores ósseos, 350.
- Dermatologistas brasileiros. 3.ª Reunião, 217.
- Dermatoses. Emprêgo do soro gravídico em algumas —, 251.
- Diarreico. Síndrome diarreico de origem focal, 404.
- Discinésia intestinal oriunda de intolerância alimentar. Tratamento da —, 167.
- Doin (Jonny), Dia de São Lucas, 352.
- Domingos Niobey. Premio —, 145.
- Duplay. Moléstia de —, 87.

E

- Escola Paulista de Medicina. Aniversário —, 145.
- Escola Paulista de Medicina. Associação dos Ex-Alunos da —. Nova diretoria, 285.
- Esofagiana. Aspectos metabólicos no tratamento de 2 casos de estenose —, 49.
- Esplenomegalia schistosomótica, 428.
- Estenoses cicatriciais. Novos procedimentos técnicos para o tratamento das estenoses cicatriciais totais do esôfago, pela intervenção combinada transtóraco. Abdominal e Endoscópica., 344.
- Estomac et duodenum. Maladies de l' —, 373.
- Estomatites gangrenosas. Tratamento das —, 349.
- Eurico Branco Ribeiro. Centro Médico, 444.
- Exercício. Concurso para oficiais do —, 361.

F

- Faculdade de Higiene e Saúde Pública, — Posse do diretor, 442.
- Faculdade de Medicina de São Paulo. Homenagem à memória do fundador, 142.
- Faraco (Biase), Emprêgo do soro gravídico em algumas dermatoses, 251.

Faria (Rui), Modo de ação e indicações clínicas da transfusão de sangue e de seus substitutos, 349.

Fator Rh e nova técnica de determinação do fator Rh. Nossa experiência com o —, 423.

Ferraz (Levant Pires), Síndrome diarréico de origem focal, 404.

Ferreira Filho (Abdias), Problema da biopsia nos tumores ósseos, 351.

Fibroadenoma intracanalicular gigante da mama, o assim chamado cristosarcoma filóide de Johannes Müller, 341.

Fígado. Abcesso do —, 265.

Fígado. Afecções do fígado e vias biliares, 289.

Finocchiaro (José), Ligadura da carótida primitiva, 54.

Flámino Favero, nosso mestre, 393.

Flebótomo. Nova espécie do — no Estado de Goiaz, 338.

Forratini (Oswaldo Paulo), Considerações clínicas sobre um caso de localização apendicular do *Trichocephalus trichiurus*, 327.

Franco (Sebastião Vieira), Algumas impressões sobre a radiologia estadunidense, 430.

Freitas (J. L. Pedreira de), Munhoz (Manoel), Abdala (Jabra) e Martins (Serafim) — Inquérito preliminar sobre a moléstia de Chagas no município de Franca — Estado de São Paulo — Brasil, 334.

Freitas (José Maria de) e Barreto (Plínio de Matos), Novos pormenores técnicos para o tratamento das estenoses cicatriciais totais do esôfago, pela intervenção combinada transtoraco — Abdominal e Endoscópica —, 344.

Freitas (José M. de) e Montenegro (Cássio) — Gastrectomia fechada, 257.

Freitas (José Maria de) e Montenegro (Cássio), Gastrectomia parcial por via torácica, nas lesões do cardia-gastroesofagoanastomose, 258.

G

Gastrectomia fechada, 257.

Gastrectomia parcial por via torácica, nas lesões do cardiagastroesofagoanastomose, 258.

Gástrica. Cirurgia, 217.

Gastroenterologia e Nutrição. Sociedade de —, 283.

Gentil (Rui), Plano, execução e solução técnica para o problema das creches, 182.

Ginecologia. Manual clínico de —, 70.

Godoi (Celso Menzen de), Tratamento maciço da sífilis na gravidez, 55.

Gonçalves (Custódio de Mello), Mecanismo da hemostase, 97.

Gravidez. Consequências tardias da nefropatia gravídica, 133.

Gravidez. Tratamento maciço da sífilis na —, 55.

H

Hematemeses nas esplenomegalias. Etiologia das —, 430.

Hemiplegia alterna tipo Weber sem lesão peduncular, 340.

Hemostase. Mecanismo da —, 97.

Hermeto Jr. (Sebastião), Tiroidectomia sub-total ideal, 258.

Hermeto Junior (Sebastião), Tratamento pré-operatório do hipertireoidismo, 258.

Hipertireoidismo. Tratamento pré-operatório do —, 258.

I

Ileo paralítico. Bicarbonato no —, 209.

Imunologia Clínica-Bioterapia y Quimioterapia, 288.

Intestinal. Succinilsulfatiazol no preparo da cirurgia —, 383.

Intestino. Tratamento da discinésia intestinal oriunda de intolerância alimentar, 167.

Instituto Adolfo Lutz, 57.

Instituto Arnaldo Viera de Carvalho, 62.

J

Julião (Oswaldo Freitas) e Brotto (Wilson), Moléstia de Sturge-Weber, 405.

K

Kerteszia. Contribuição para o estudo do subgenero —, com a descrição do macho de A. (k) bambusicolus Komp, 1937. 336.

L

Lacaz (Carlos da Silva), Arton (Mário) e Foratini (Oswaldo Paulo), Considerações clínicas sobre um caso de leishmaniose tegumentar, de forma linfagítico-nodular, 338.

Lacaz (Carlos da Silva), Aspectos atuais da epidemiologia, diagnóstico e terapêutica da blastomicose brasileira, 349.

Lacaz (Carlos da Silva), Conceito atual das salmoneloses infantis, 342.

Lacaz (Carlos da Silva), Ferreira (Humberto Costa) e Oswaldo Mellone, Nossa experiência com o fator Rh e nova técnica de Determinação do fator Rh., 423.

Lange (Oswaldo) e Zaclis (José), Pantopaque — Novo contraste para perimielografia, 341.

Laringectomia total executada com anestesia pelo bloqueio paravertebral, 346.

Laringo-traqueobronquites agudas na infância. Sistematização do tratamento das —, 413.

Leal (Renan Azzi), Ortopedia Norte-americana, 430.

Leishmaniose tegumentar americana. Distribuição geográfica da —, 399.

Leishmaniose tegumentar, de forma linfagítico-nodular. Considerações clínicas sobre um caso de —, 338.

Leme (José de Moraes), Alguns aspectos médicos da nova lei de acidentes do trabalho, 15.

Lima (Plínio de), Angina de Ludwig, 53.

Lima Filho (Rafael de), Aspectos radiológicos dos tumores ósseos malignos, 350.

Litiase biliar, Considerações e comentários acerca da interrelação hipoglicemia com a —, 25.

Litiase biliar. IV Curso de Cirurgia da —, 297.

Loeffler. Síndrome de —, 321.

Longo (Paulino W.) e Bittencourt (J. M. Taques), Penicilinoterapia em um caso de neurite ótica luética, 113.

Longo (Paulino W. Longo), Robortela (Mário) e Reis (João Batista dos), Penicilinoterapia em seis neurolúéticos já malarizados, 103.

Lorenzo (João de) e Montenegro (Cássio), Tumor do corpo carotídeo, 260.

Lucas. Dia de São —, 352.

M

Malária. Contribuição para o estudo dos transmissores da malária no Distrito Federal (Brasil) A. (N) Darling Root, 1936, 337.

Malária. Incidência da malária, em especial do P. "Malariae" (Laveran, 1881) no ramal de Itapura, 255.

Malária. Mais três casos de "Plasmodium malariae" do litoral norte do Estado de São Paulo, 256.

Malária. Penicilinoterapia em seis neurolúéticos já malarizados, 103.

Malária quartã no Estado de São Paulo: novo caso, 333.

Malária. Transportes ferroviários como meio de disseminação de anofelinos transmissores de —, 336.

Marcondes (José Reinaldo) e Ratto (Otávio Ribeiro), Consequências tardias da nefropatia gravídica, 133.

Martins (Antonio Nogueira), Campanha contra a falsificação de medicamentos, 209.

Martins (Moacyr), Litiase do apêndice, 209.

Matos (Gomes de), Plano, execução técnica para o problema das creches, 179.

Matos (A. Gomes de), Refinetti (Pedro) e Reis (João Batista dos), Considerações sobre o tratamento da meningite cérebro espinhal epidêmica, com a associação sulfadiazina-penicilina, 40.

Mazza. Prof. Salvador —, 358.

Medicamentos. Campanha contra a falsificação de —, 209.

Medicina e Cirurgia. Sociedade de —, 283.

Medicina Experimental. Premio —, 145.

Medicina. Marcha da —, 374.

Medicina no Prata. Aspectos —, 430.

Medicina Prática e Preventiva no Brasil. Problemas de —, 70.

Medicina Social e do Trabalho. Sociedade Paulista de — Premio Prof. Silva Mello, 284.

Meira Filho (Sergio de Paiva), Homenagem Postuma, 357.

Melaragno Filho (Roberto), Colesteatoma do robencéfalo. Estudo anátomo-clínico, 341.

Melo (Horácio Kneese de) e Amorim (Durval Zomignan) e Lindenberg (Sílvio), Angiocardiografia com aparelho Roentgen-fotográfico, 421.

Melo. Prof. Silva. —, Premio, 357.

Meningite cérebro espinhal epidêmica, com a associação sulfadiazina-penicilina. Considerações sobre o tratamento da —, 40.

Meningite meningocócica. Comunicação de um caso curado pela penicilino-sulfanilamidoterapia, 256.

Meningorradiculite luética. Penicilinoterapia em um caso de —, 117.

Mental coletiva. Reação delirante induzida. Estudo de epidemia —, 340.

Mesquista (Quintiliano H. de), Raros aspectos da dupla condução aurículo-ventricular, 199.

Miopia. Poderá a diatermo-coagulação perfurante curar a alta —?, 54.

Moléstia de Chagas. Inquerito preliminar sobre moléstia de Chagas no município de Franca — Estado de São Paulo — Brasil, 334.

Montenegro (Cassio) e Marcondes (Aluizio de Oliveira), Fibroadenoma intracanalicular gigante da mama, o assim chamado cristo-sarcoma filóide de Johannes Müller, 341.

Montenegro (João), Tratamento da discinésia intestinal oriunda de intolerância alimentar, 167.

N

Nébias (João Otávio), Silveira (Décio Fleury da) e Dias (Mau-ro Candido de Sousa), Dois casos de tuberculose da língua, 348.

Necrologia. Antenor Soares Gandra, 62.

Neurite óptica. Penicilinoterapia em um caso de —, 113.

Neuro — psychiatry. Aviation —, 218.

Nobre (Matias Roxo), Radioterapia das cicatrizes queloidianas, 205.

Nobre (M. O. Roxo), Radioterapia dos tumores ósseos, 422.

Nogueira (Piragibe), Resultados e sequelas do tratamento cirúrgico das colecisto e coledocolitias, 201.

O

Obstetricia. Semeologia obstétrica, 217.

Odontologia. História anedoctica de la —, 289.

Oftalmologia. V Congresso Brasileiro de —, 64.

- Olhos. Lesões oculares nas carências vitâminicas, 202.
- Oliva (Roberto), Importância da respiração nasal na criança, 36.
- Oliveira (A. Bernardes de) e Pagliuchi (Carlos de Campos), Radioterapia de contacto intra-operatória, 227.
- Oliveira (Benedito Fleury de), Oleo de chalmogra no tratamento da bronquite tuberculosa, 50.
- Oliveira (Hélio Lourenço de), Importância clínica dos estados carenciais, 49.
- Ortopedia norte-americana, 430.
- Ortopedia e Traumatologia. Sociedade Brasileira de —, 61.
- Osteocondroma, 134.
- Osteomielite aguda e penicilina, 136.
- Osteomielite aguda e penicilina, 209.
- Ovário. Ciste dermoide bilateral do —, 210.

P

- Pacheco (Virgílio Camargo) e Matias (Ibrahim), Psiconeuroses alérgicas. A proposito de cinco casos, 33.
- Paralisia geral progressiva. Penicilinoterapia na —, 118.
- Parasitoses e distúrbios intestinais. Considerações sobre —, 49.
- Pasteur, 373.
- Pasteur el genial intruso, 372.
- Pathológicas. Anatomia e physiologia —, 70.
- Patologia Constitucional, 217.
- Penicilin, its practical application, 372.
- Penicilina. Descobridor da —, 63.
- Penicilina. La —, 218.
- Penicilina. Penicilinoterapia em seis neurolúéticos já malarizados, 103.
- Penicilina e osteomielite aguda hematogena, 307.**
- Penicilina em Terapêutica, 288.
- Penicilino — sulfanilamidoterapia. Meningite meningocócica. Comunicação de um caso curado pela —, 256.

- Penicilinoterapia intra-raquidea. Reações líquóricas imediatas, 124.
- Penicilinoterapia intra-raquidea. Reações imediatas e tardias, 129.
- Perimielografia. Pantopaque. Novo contraste para —, 341.
- Perrone. Homenagem ao Dr. Francisco —, 280.
- Pessoa (S. B.) e Barreto (M. P.), Distribuição geográfica da leishmaniose tegumentar americana, 399.
- Pires (Nelson), Reação delirante induzida. Estudo de epidemia mental coletiva, 340.
- Policlínica de São Paulo, 284.
- Prado (Felicio-Cintra do), Tirotricina e Estreptomycin, 7.**
- Prêmio. Trabalhos a —, 216.
- Psicologia. Psicodiagnóstico de Rorschach. Das Respostas de espaço branco, 266.
- Psicopatologia forense. Serviço de —, do Instituto Oscar Freire, 266.
- Pujol Filho (Alfredo), Imagens do pulmão na coqueluche — o "pulmão coqueluchoso", 77.**
- Pujol Filho (Alfredo), Síndrome de Loeffler, 321.**
- Pulmonar. Amebíase, 422.
- Pulmões. Chronic Pulmonary Disease in South Wales Coalminers — III, 289.
- Pulmões. Emprego de um novo preparado do 2 (P. aminobenil-sulfamido) tiazol no tratamento das supurações bronco-pulmonares, 264.

Q

- Queimaduras. Sistematização do tratamento geral das queimaduras, 408.

R

- Radiologia estadunidense. Algumas impressões sobre a —, 430.
- Radioterapia de contacto intra-operatória, 227.**

Radioterapia. Novo chefe da secção de —, 62.

Radium e radioatividade, 71.

Ramalho (Raimundo), Plano, execução e solução técnica para o problema das creches. A creche Maria Capone, 184.

Ramos (Rui de Sousa), Diagnóstico diferencial dos tumores ósseos, 351.

Respiração nasal na criança. Importância da —, 36.

Ribeiro (Eurico Branco), Asçectos da cirurgia do baço, 428.

Ribeiro (Eurico Branco), Bicarbonato no ileo paralítico, 209.

Ribeiro (Eurico Branco), Cancer do penis e anestesia pelos corpos cavernosos, 54.

Ribeiro (Eurico Branco), Poderá a diatermo-coagulação perfurante curar a alta miopia, 54.

Ribeiro (Eurico Branco), Succinil-sulfatiazol no preparo da cirurgia intestinal, 383.

Ribeiro (Eurico Branco), Sulfanilamida intrarterial nas úlceras varicosas, 53.

Rim. Rutura traumática do —, 210.

Rizzini (Carlos), Moléstia de Duplay, 87.

Romeiro Neto (Mateus M.) e Sacramento (Valdemar), Considerações sobre parasitoses e distúrbios intestinais, 49.

Rosenfeld (Gastão), Malaria quartã no Estado de São Paulo, 333.

Rosseto (Orestes) e Silva Jr. (J. A. Caetano da), Penicilinoterapia na paralisia geral progressiva, 118.

Russo (Ary do Carmo), Sistematização do tratamento geral das queimaduras, 408.

S

"Salmonella" em carnes e seus derivados vendidos a retalho. Pesquisa de bactérias do genero —, 255.

Salmoneloses infantis. Conceito atual das —, 342.

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 215.

Santa Casa de Misericórdia. Irmandade da — Renúncia do diretor clínico, 360.

Sarcoma do punho, 265.

Schiavi (Aldino), Mais três casos de "Plasmodium malariae" do litoral norte do Estado de São Paulo, 256.

Sífilis. Tratamento maciço da — na gravidez, 55.

Silva Júnior (J. A. Caetano da), Hemiplegia alterna tipo Weber sem lesão peduncular, 340.

Siringomielia lombo-sacra congênita; estado disrafico, 405.

Sociedade de Estudos Médicos, 146.

Sociedade Médica da Municipalidade de São Paulo, 146.

Sociedade Paulista de História da Medicina, 360.

Sonhos. Lenguaje de los sueños, 71.

Souza (Orlando Pinto de), Cirurgia dos tumores ósseos, 421.

Sturge-Weber. Moléstia de —, 405.

Surdez no adulto, estatística e profilaxia, 264.

Surdez na infância escolar. Estatística e profilaxia, 48.

Surdo. Sobre a prescrição dos aparelhos auxiliares do —, 416.

Surgical technic of abdominal operations, 69.

T

Tenuto (Rolando A.) e Zaclis (José), Cranioplastia com fantalum, 406.

Tiroidectomia subtotal ideal, 258.

Tirotricina e Estreptomina, 7.

Tisiologista. Dr. José Silveira, 60.

Tolosa (Aderbal) e Silva Jr. (J. A. Caetano da), Penicilinoterapia em um caso de meningoradiculite luética, 117.

Torres. Homenagem ao dr. —, 361.

Transfusão de sangue e de seus substitutos. Modo de ação e indicações clínicas da —, 349.

Transfusão. Valor da — em cirurgia, 266.

Tricocephalus trichiurus. Considerações clínicas sobre um caso de localização apendicular do —, 327.

Tuberculose. Considerações sobre o tratamento cirúrgico da tuberculose nos Estados Unidos, 206.

Tuberculose. Education physique, sports et tuberculose pulmonaire, 70.

Tuberculoses hematogênicas em adultos. Aspectos evolutivos de disseminações — 420.

Tuberculose da língua. Dois casos de —, 348.

Tuberculose. Rehabilitating the tuberculous, 69.

Tuberculose. Un año de lucha antituberculosa en Cuba, 290.

Tumores intra-torácicos. Considerações sobre o tratamento cirúrgico de alguns —, 262.

Tumores malignos. Anatomia patológica dos —, 351.

Tumores ósseos. Cirurgia dos —, 421.

Tumores ósseos. Diagnóstico clínico dos —, 350.

Tumores ósseos. Diagnóstico diferencial dos —, 351.

Tumores ósseos malignos. Aspectos radiológicos dos —, 350.

Tumores ósseos. Problema da biopsia nos —, 351.

Tumores ósseos. Radioterapia dos —, 422.

Tupinambá (J.), Poderá a diatermo — coagulação perfurante curar a alta miopia?, 54.

U

Úlceras varicosas. Sulfanilamida intrarterial nas —, 53.

Universidade de São Paulo. — Posse do novo Reitor, 435.

Uretro cistografia na criança, 352.

Urografia de eliminação. Função renal e —, 50.

V

Valada (Homero Pinto), Valor da transfusão em cirurgia, 266.

Varizes. Sulfanilamida intrarterial nas úlceras varicosas, 53.

Vieira (Galdino Nunes), Esplenomegalia schistosomótica, 428.

Vieira (Galdino Nunes) Etiologia das hematemeses nas esplenomegalias, 430.

Vieira (Galdino Nunes), Sarcoma do punho, 265.

Z

Zerbini (Euríclides de Jesús), Considerações sobre o tratamento cirúrgico da tuberculose nos Estados Unidos, 206.

Zerbini (Euríclides de Jesús), Considerações sobre o tratamento de alguns tumores intratorácicos, 262.

er-
nte

da

2.
io

a
al
-
a
-
a

-
o
s
c
o

RAIOS X

Dr. J. M. Cabello Campos

MEDICO-RADIOLOGISTA

Radio-Diagnostico — Exames
Radiologicos a domicilio

Consultorio :

RUA MARCONI, 94

(Frodio Pasteur)

Telephone : 4-0655

Residencia :

RUA TUPY, 593

Telephone : 5-4941

SÃO PAULO



DIVERMIL

COMBATE TODAS AS VERMINOSAS SEM PERIGO

QUENOPÓDIO ATÓXICO
POR ADSORÇÃO

ADULTOS: 12 COMPRIMIDOS
CRIANÇAS: 1 COMPRIMIDO
PARA CADA ANO DE IDADE

LABORATÓRIO GROSS - RJ - DE JANEIRO

MUGÓLIO

O **MUGÓLIO** é um produto botânico obtido pela destilação das folhas, caules e raiz da planta do Pina Pamfio, por vezes conhecida como vireia nas rochas das altas montanhas das Altes Dolomites, em altitude superior a 2.000 metros.

As propriedades terapêuticas do **MUGÓLIO** baseiam-se em suas ações bactericida, antipneumônica e antituberculosa.

O **MUGÓLIO** atua, pois, indicando as tolas as afecções das vias respiratórias, agudas e crônicas. Com o seu uso, desaparecem a febre e os tocos nocturnos; restabelecem-se o tomo e o appetito; observam-se tocos melhora no toco hemoglobínico e no quadro hemático de onde, como consequência, o aumento de peso e a abstenção de cura.

Mugolio injectavel

em 3 tocos:

- **MUGÓLIO SIMPLES** - 1, 2 e 3 tocos
- **MUGÓLIO COM CHOLESTERINA E CINNAMATO BENZYLICO** - 1 e 2 tocos
- **MUGÓLIO LECITHINADO** - 1 e 2 tocos

- **OTO-RINO-MUGÓLIO** - Solução a 5 e 10 % em óleo de vaselina
- **RINO-MUGÓLIO** - Pomada para o nariz, com 3 % de anidrina
- **POCO DE MUGÓLIO** - Solução a 3 % em veículo xarope.

LABORATORIOS REUNIDOS CALOSI-DALLARI
INST. SÔRO-HOMOTERAPICO NACIONAL S/A

RUA DA GLÓRIA, 674
S. PAULO

